This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

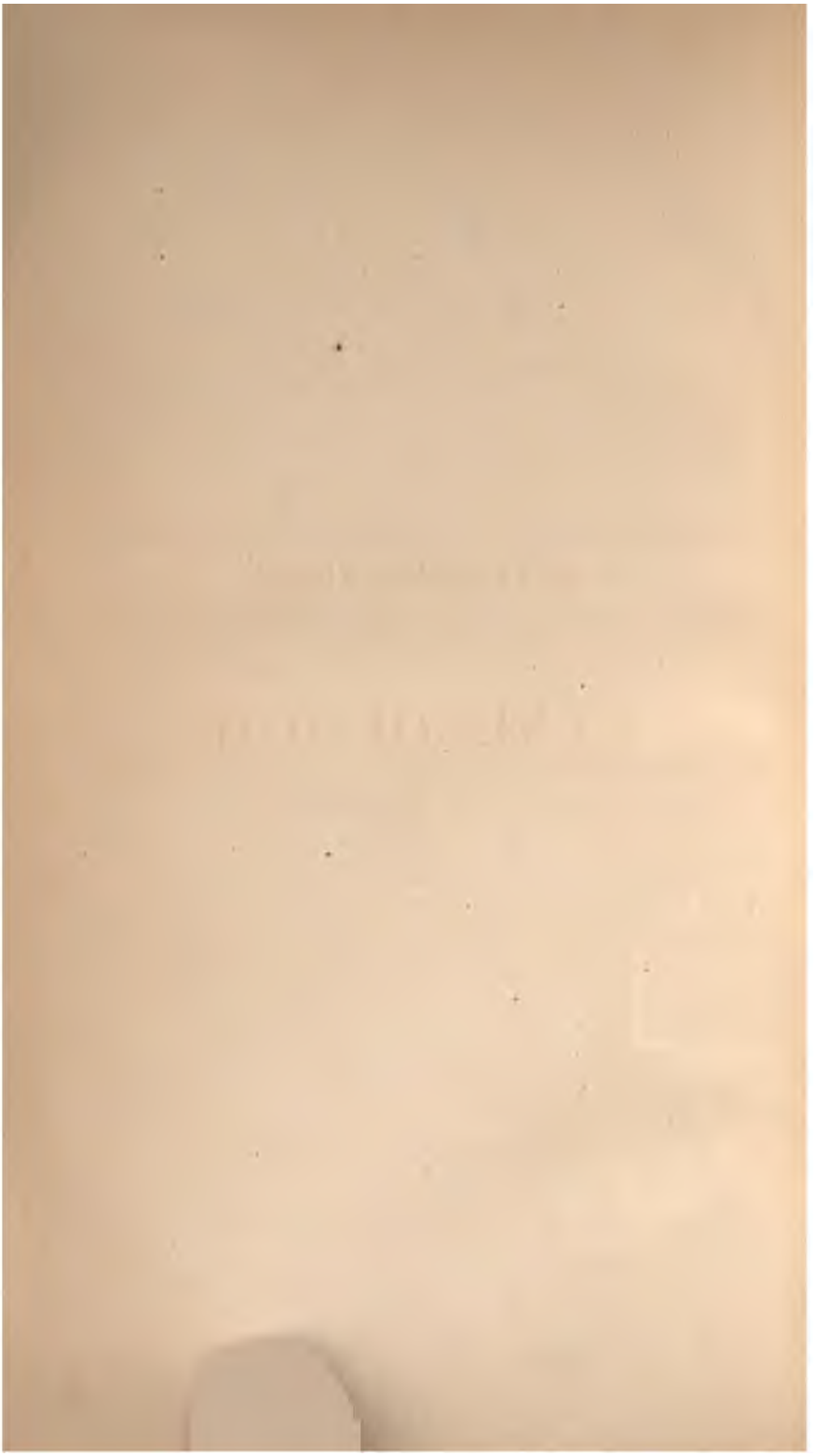
LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N201 .S62 1879 STOR
Manuel pratique de gynecologie et des m
24503350483

LANE

MEDICAL

LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND



MANUEL PRATIQUE

DE

GYNÉCOLOGIE

PARIS, TYPOGRAPHIE A. LAHURE
9, Rue de Fleurus, 9

5757

MANUEL PRATIQUE

DE

GYNÉCOLOGIE

ET DES

MALADIES DES FEMMES

PAR LE

Dr L. DE SINÉTY

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE ET DES SOCIÉTÉS ANATOMIQUE
ET D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS

PREMIÈRE PARTIE

AVEC 100 FIGURES DANS LE TEXTE

THE PROPERTY OF THE N. YORK HOSPITAL.

LANE MEDICAL LIBRARY 12147 SAN FRANCISCO

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1879

Tous droits réservés

LANE LIBRARY

N20
S62
1879

INTRODUCTION

La gynécologie[1] comprend l'étude des nombreuses manifestations dont l'organisme de la femme peut être le siège, à l'état sain comme à l'état pathologique. Nous n'étudierons pas, cependant, les questions uniquement relatives à la gestation et à la parturition, ne faisant d'exception que pour la grossesse extra-utérine. Notre sujet ainsi limité, contrairement à la plupart des auteurs qui décrivent d'abord les affections de l'utérus, nous commencerons par celles des organes génitaux externes, mode d'exposition qui paraît plus logique, puisqu'elles se présentent les premières à l'observateur. Nous passerons donc successivement en revue, les maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus, des ovaires, enfin des mamelles, que de nombreux liens physiologiques et pathologiques peuvent permettre de considérer comme un annexe du

[1] Gynécologie, γυνή, femme, et λόγος, traité.

système génital. Voici, en résumé, l'ordre qui sera suivi dans cet ouvrage :

1° La première partie concernera les divers moyens d'exploration ;

2° La seconde sera consacrée aux affections de la vulve et du vagin ;

3° La troisième à l'utérus ;

4° La quatrième à ses annexes, ovaires, trompes, ligaments larges ;

5° Dans la cinquième, après avoir donné un aperçu de l'anatomie et de la physiologie de la mamelle, nous étudierons quelques-unes des maladies de cette glande, sans aborder l'histoire des tumeurs mammaires, qui, rentrant plutôt dans le cadre des traités de chirurgie, nous entraînerait beaucoup trop loin.

Chacun de ces chapitres sera précédé d'une introduction anatomique sur la structure des organes dont il traite. La description de l'état normal rendra, nécessairement, plus clairs et plus compréhensibles, les caractères des diverses lésions.

Considérant l'anatomie pathologique comme une des meilleures bases sur lesquelles puisse s'appuyer la clinique, nous avons donné un développement assez considérable à cette partie de notre travail.

Les mémoires les plus importants et les plus récents relatifs à ces différents sujets, seront seuls indiqués.

On pourra y trouver des renseignements bibliographiques détaillés, que ne comportait pas l'étendue de ce manuel.

Nous n'avons, en effet, pas eu la prétention de publier un traité complet, mais seulement un résumé, de nos connaissances actuelles en gynécologie.

Décembre 1878.

Dr SINÉTY.

MANUEL PRATIQUE

DE

GYNÉCOLOGIE

ET

DES MALADIES DES FEMMES

PREMIÈRE PARTIE

MOYENS D'EXPLORATION

De l'examen de la vulve.

Les premiers renseignements que donne l'examen des organes génitaux externes seront souvent d'une grande utilité. Ils suffiront à eux seuls pour constater l'état de l'hymen, certains vices de conformation tels que les vagins doubles ou oblitérés, et surtout les diverses manifestations de la syphilis dont la région vulvaire est le siège de prédilection.

La nature des liquides s'écoulant par la vulve, selon qu'ils seront constitués par du mucus, du sang ou du pus, servira également, dans bien des cas, à nous mettre sur la voie du diagnostic. Mais les notions fournies par la seule inspection ne peuvent pas nous éclairer sur l'état des parties pro-

fondes. Aussi doit-on avoir recours aux divers autres modes d'exploration : le toucher, le palper, l'examen au spéculum, le cathétérisme de l'utérus, la dilatation de la cavité cervicale.

DU TOUCHER

Toucher vaginal.

Le toucher vaginal sera pratiqué avec d'autant plus de soin, qu'à lui seul il sert plus que tous les autres moyens réunis, et permet le plus souvent de déterminer s'il y a, oui ou non, un état morbide des organes génitaux.

C'est le procédé d'exploration qui répugne le moins aux malades, parce qu'il peut être mis en usage sans les découvrir, ce qu'il faut autant que possible éviter de faire. Aussi devons-nous insister sur les diverses précautions à prendre pour l'employer utilement.

On peut pratiquer le toucher, la femme étant debout ou couchée.

Le toucher, la femme étant debout, donne des notions très-exactes sur la situation de l'organe utérin. Il faut appuyer la malade contre un plan résistant pour l'empêcher de fuir devant le doigt explorateur, et lui recommander en outre, de fléchir le tronc un peu en avant.

Le plus souvent on touche les femmes couchées; c'est pourquoi il est utile de s'habituer à faire usage indifféremment de la main droite ou de la main gauche. Dans bien des circonstances, en effet, la position du lit ne permet pas de choisir, et on est forcé de se servir de la main droite si on est placé à droite de la malade, et de la main gauche si on est placé à sa gauche.

Quelle que soit la situation de la femme et la main que l'on emploie, on doit porter le bord externe de l'index

préalablement enduit d'un corps gras, sur le périnée de la malade. Le doigt ramené en avant dépasse la fourchette, puis poussé doucement de bas en haut et d'avant en arrière pénètre sans difficulté. Après avoir exploré toute l'étendue de la cavité vaginale, on arrive sur le col de l'utérus qui forme un angle plus ou moins ouvert avec l'axe du vagin. Chez la femme, à l'état normal, c'est la lèvre antérieure du col que l'on rencontre d'abord.

Quant aux quatre doigts inactifs dans la pratique du toucher, le pouce sera dirigé vers le sommet de la vulve, en évitant le contact du clitoris : le médius et les deux autres étant portés en arrière (fig. 1).

Fig. 1. — Position de la main pour pratiquer le toucher.

Il y a quelques années encore, beaucoup de médecins pratiquaient le toucher en passant la main au-dessous de la cuisse, préalablement fléchie. En général, il est plus commode de passer entre les deux cuisses écartées, et c'est aujourd'hui ce procédé qui est le plus souvent employé.

Dans quelques cas exceptionnels, il est utile d'introduire deux doigts dans le vagin. On pourra ainsi mieux se rendre compte de certains détails, tels que les dimensions d'une tumeur. En outre le médius étant plus long que l'index pénètre plus profondément.

Chez les vierges, on a conseillé de se contenter du toucher rectal.

Mais celui-ci est loin de donner tous les renseignements fournis par le toucher vaginal, et lorsque la membrane

hymen est intacte, on peut encore arriver à pénétrer jusqu'au col sans la déchirer.

Il suffit pour cela de faire rapprocher les cuisses de la femme.

Dans cette situation, l'hymen, au lieu d'être tendu et résistant comme quand les cuisses sont écartées, se laisse au contraire facilement déprimer, et, dans la plupart des cas, le doigt pénètre sans le léser et en ne causant qu'une douleur très-légère.

Outre les renseignements qu'il nous fournit sur l'état du périnée et des organes génitaux externes, le toucher nous apporte une série d'indications sur la température du vagin, l'état de sa muqueuse et les dimensions de ses divers points.

L'exploration des culs-de-sac sera toujours faite avec grand soin. C'est par elle, en effet, que l'on constate le plus souvent les lésions des ovaires, des trompes, des ligaments larges et surtout du péritoine pelvien. Enfin, par le toucher, nous pouvons apprécier le volume du col et d'une partie du corps utérin, le degré de mobilité, le poids, la sensibilité de l'utérus.

Pour juger de son poids, on doit repousser l'organe de bas en haut, le doigt appuyé sur l'extrémité inférieure du col. Au contraire, pour constater son degré de mobilité, on cherchera à lui imprimer des mouvements de bascule, en repoussant ou attirant le col dans un sens et dans l'autre.

Chez beaucoup de femmes, même à l'état physiologique, les mouvements ainsi communiqués à l'utérus, la pression du doigt sur le museau de tanche, occasionnent une certaine sensation douloureuse. Il ne faut pas confondre cette impression fugace, disparaissant au bout d'un instant si la pression persiste, avec les douleurs vives qu'on rencontre

dans les cas de lésions de l'organe, dans certaines métrites, par exemple.

Toucher rectal.

Dans beaucoup de circonstances, il est nécessaire de contrôler par le toucher rectal, les renseignements fournis par l'exploration vaginale. Pour cela, la malade sera couchée sur le dos. On ne devrait la faire mettre sur le côté, que dans les cas exceptionnels où on voudrait atteindre une tumeur située latéralement.

Le doigt, porté vers l'orifice anal, est dirigé en arrière et en haut, pour franchir le sphincter et pénétrer doucement dans le rectum.

A trois ou quatre centimètres de l'anus, on sent le col dont la saillie est plus ou moins considérable selon la situation de l'organe lui-même. En remontant au-dessus de ce point, on explore la face postérieure et les bords latéraux de l'utérus; mais on ne peut pas en atteindre le fond, sauf dans les cas de rétroflexion ou de rétroversion. Le toucher, par cette voie, fournit également de précieuses indications sur l'état des autres organes contenus dans le petit bassin.

Si on voulait explorer la paroi recto-vaginale, il faudrait introduire l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin. Repoussant ainsi le périnée avec le premier espace interdigital, il est facile de se rendre compte de l'état des tissus situés entre les deux doigts.

Il est utile, avant de pratiquer le toucher, de recommander aux malades de vider l'intestin au moyen d'un lavement.

Cette précaution doit toujours être prise, quel que soit le genre d'examen que l'on ait à employer. D'autant plus, que les femmes atteintes d'affections utérines sont souvent tour-

mentées par une constipation opiniâtre, et l'accumulation des matières fécales est un obstacle, non-seulement au toucher, mais encore à l'introduction du spéculum.

Dans ces dernières années, Simon (d'Heidelberg) a préconisé le toucher rectal avec plusieurs doigts et même la main toute entière introduite dans le rectum[1].

Pour cette exploration, la malade doit être soumise à l'anesthésie chloroformique.

L'intestin préalablement vidé, on introduit la main peu à peu à travers l'orifice anal, en l'élargissant lentement par des mouvements de rotation. On se sert d'abord de deux doigts, puis de quatre, enfin des cinq doigts rapprochés les uns des autres en forme de cône en prenant en un mot la position que prend la main de l'accoucheur pour pénétrer dans l'utérus. Si la tension de la peau de l'anus est telle qu'on puisse craindre une déchirure, il sera préférable de pratiquer une ou plusieurs petites incisions.

Le rectum est si large dans sa partie inférieure que la main peut facilement s'y loger. Au-dessus de l'ampoule rectale, à douze ou quatorze centimètres de l'anus, on rencontre un rétrécissement qui admet à peine trois doigts. Si on n'agit pas violemment, et qu'on ne cherche pas à dépasser le point où l'intestin se rétrécit, ce mode d'exploration ne présenterait aucun danger, d'après Simon. Les quelques déchirures ou incisions du rebord anal guérissent en dix ou douze jours, et l'incontinence des matières fécales qui peut être amenée par cette dilatation disparaît promptement.

Il est bien évident que ce mode d'exploration doit être réservé pour des cas tout à fait exceptionnels. Mais il pourra

[1] *Ueber die manuale Rectal-Palpation der Becken und Unterleibs-Organe.* — Deutsche Klinik, n° 46, 1872. — Anal. dans le *Jahresbericht*, 1873, t. II, p 508.

rendre de grands services, quand il s'agira de constater les rapports d'une tumeur volumineuse avec les organes génitaux internes, l'utérus en particulier.

Nous devons ajouter, qu'ayant eu à mettre en usage ce moyen d'examen, nous avons été surpris du peu de délabrement qu'il avait amené [1].

Du palper abdominal.

Si l'on veut pratiquer dans de bonnes conditions la palpation abdominale, la malade doit être couchée sur le dos, les jambes fléchies, les cuisses rapprochées du bassin, la tête relevée par des oreillers. En outre, on lui recommandera de respirer largement, la bouche ouverte, afin que les muscles abdominaux soient dans le plus grand relâchement possible.

On doit palper de haut en bas, pour mieux saisir les variations de résistance des différentes régions que l'on explore, et passer des parties saines aux parties sur lesquels on peut supposer l'existence d'une tumeur.

C'est principalement pendant la grossesse que le palper présente ses plus utiles indications, si bien mises en relief dans ces dernières années par M. le docteur Pinard.

Chez la femme à l'état de vacuité, le palper nous renseigne surtout si l'on a soin de l'associer au toucher. Avec ces deux moyens combinés, on arrive à saisir les organes

[1] Chez une fille vierge, présentant une tumeur de la cloison recto-vaginale, et dont M. le docteur Pozzi a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation, ce chirurgien a été amené à pratiquer le toucher rectal par la méthode de Simon. La main introduite dans l'ampoule rectale, jusqu'au poignet inclusivement, put saisir une tumeur qui remplissait le cul-de-sac recto-vaginal jusqu'au-dessus du détroit supérieur.

A la suite de cette exploration, il n'y eut pas la moindre éraillure de la marge de l'anus; pas d'autre accident qu'une certaine douleur en allant à la garde robe, douleur qui disparut elle-même au bout de vingt-quatre heures.

pelviens entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin.

Il est facile, ainsi, d'apprécier les dimensions de l'utérus dont on explore la surface dans toute son étendue. Grâce à ce procédé, les tumeurs développées dans la cavité pelvienne peuvent être plus exactement limitées.

De l'examen au speculum et de la position à donner à la malade pour cet examen.

La position qu'on donne aux malades pour les examiner varie selon la coutume des différents pays. En France on a l'habitude de les faire placer dans le décubitus dorsal, les cuisses écartées et fléchies, les pieds appuyés ou soutenus par des aides. Une table, un canapé suffisent pour ce genre d'examen. Mais il est beaucoup plus commode d'avoir un meuble spécialement destiné à cet usage.

Si on procède à l'exploration d'une malade sur le bord de son lit, il faut placer préalablement sous le siège et au-dessous du matelas, un corps résistant, une planche par exemple. On peut laisser reposer les pieds de la femme sur chacun de ses genoux, ou sur deux chaises qui remplacent les pédales des différentes sortes de lits ou de fauteuils employés par les gynécologistes.

Dans d'autres contrées, en particulier en Angleterre et en Amérique, on préfère le décubitus latéral gauche. Si l'on a recours à cette dernière position, il faut avoir soin de faire replier les cuisses à peu près à angle droit avec le bassin, a droite un peu plus remontée que la gauche. Le bras gauche sera rejeté en arrière et la poitrine inclinée en avant, de façon à se rapprocher autant que possible de la position sur les genoux.

Du speculum.

Il y a bien longtemps que les chirurgiens ont imaginé des instruments qui, introduits dans le vagin, doivent maintenir écartées les parois de ce canal et vaincre ainsi l'obstacle principal à l'inspection du col utérin.

Les découvertes faites dans les ruines de Pompeï nous

Fig. 2. — Speculum de Fergusson.

montrent que certains speculums étaient déjà en usage chez les Romains.

Paul d'Égine, Rhazès, Albucasis, plus tard Ambroise Paré, Scultet, Garangeot, ont décrit et figuré sous des noms diffé-

Fig. 3. — Speculum plein en bois.

rents plusieurs instruments de cette espèce. Tous ceux-ci, plutôt destinés à dilater le vagin, n'étaient mis en usage que rarement, pour quelques opérations, en particulier dans les cas de polypes.

C'est à Récamier que nous devons la vulgarisation de

l'examen direct du col, mis à profit dans les affections utérines en général.

Nous nous garderons bien de passer en revue l'interminable liste des objets destinés à cet usage, qui ont été employés ou le sont encore de nos jours. Il en est du speculum pour les gynécologistes comme du forceps pour les accoucheurs, chacun veut avoir le sien. Aussi, selon les pays, on trouve quelquefois un même instrument connu sous un nom différent.

Nous signalerons seulement les modèles les plus usités et les noms sous lesquels nous sommes habitués à les désigner.

Les uns sont pleins, tel que celui de Fergusson (fig. 2), dont la paroi interne est formée par une véritable glace, et nous donne, par conséquent, un éclairage excellent. Mais cet instrument a l'inconvénient d'être très fragile.

Les speculums en ivoire ou en bois (fig. 3) sont utiles pour les cautérisations au moyen du cautère actuel, en empêchant la chaleur d'atteindre par rayonnement les parois vaginales.

On peut, du reste, transformer un speculum métallique en corps mauvais conducteur; il suffit pour cela, après l'avoir mis en place, de le doubler d'un cylindre de carton un peu épais.

Le speculum plein présente deux légers inconvénients.

D'abord le même ne peut point s'adapter à tous les vagins, puisque les dimensions de ce canal sont très variables; on est donc obligé d'en avoir une série à sa disposition. Ensuite les proportions étant fixes et cependant en rapport avec le volume du col qu'il faut examiner, il en résulte que son passage à l'anneau vulvaire souvent assez étroit, est difficile et douloureux.

C'est ce qui a fait construire les speculums à plusieurs valves, tels que ceux de Jobert, de Ricord (fig. 4 et 5), de

Cusco (fig. 7), de Bozeman, de Bouveret (fig. 6). Ces différentes modifications ont eu en général pour but de substituer à un instrument volumineux et d'une seule pièce, dont

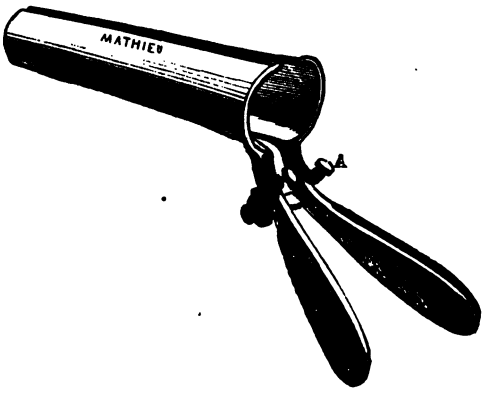


Fig. 4. — Speculum bivalve de Ricord.

la pénétration est par conséquent quelquefois un peu pénible pour la femme, un corps que l'on puisse introduire sous un

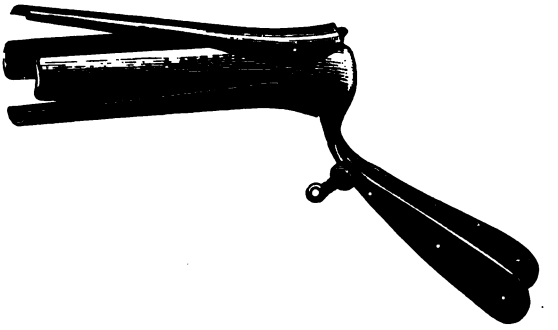


Fig. 5. — Speculum à quatre valves de Ricord.

petit volume, et qui se déployant ensuite progressivement dilate l'intérieur du vagin plus que son orifice vulvaire.

Enfin, d'autres speculums sont à une seule valve, comme celui de Sims (fig. 8).

Chacun de ces modèles peut présenter des indications

spéciales. Mais, les plus commodes, dans la majorité des cas, sont ceux de Cusco et de Ricord.

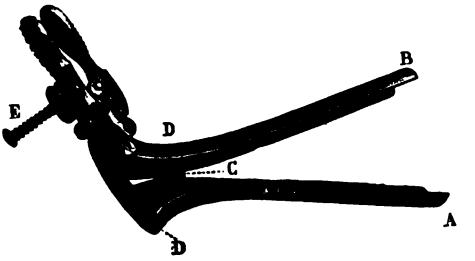


Fig. 6. — Speculum de Bouveret.

AD. Valve inférieure. — BD. Valve supérieure. — C. Articulation. — E. Écrou servant à maintenir l'écartement des valves.

Nous rappellerons brièvement les règles qui doivent présider à l'introduction du speculum.

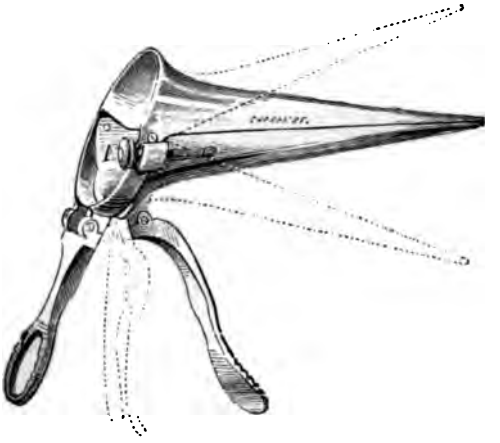


Fig. 7. — Speculum de Cusco (vu de côté).

(Les lignes ponctuées indiquent le degré d'écartement des valves.)

Il faut toujours pratiquer le toucher avant d'introduire l'instrument. On acquiert, en effet, par le doigt, une série de notions sur la situation, la dimension, la mobilité de

l'utérus, notions que la vue ne saurait fournir et qui nous permettront, en outre, de mettre plus facilement le col à découvert.

Le speculum préalablement enduit d'un corps gras doit être tenu de la main droite, d'une façon un peu différente

Fig. 8. — Speculum de Sims.

selon l'espèce que l'on emploie et selon qu'il est ou non pourvu d'un embout. Il sera bon, en général, de le chauffer légèrement, soit en le trempant dans de l'eau chaude, soit, ce qui est encore plus simple, en le gardant un instant dans la main. Les doigts de la main gauche serviront à écarter les grandes lèvres et, en même temps, à déprimer le périnée. Il ne faut pas craindre de faire porter sur la commissure postérieure de la vulve toute la pression nécessaire. Cette région étant très peu sensible, si on la compare surtout au tubercule antérieur du vagin. Le seul temps quelquefois un peu douloureux est le passage à l'anneau vulvaire, dont la contraction s'oppose à l'introduction du corps étranger. On évitera cet inconvénient en faisant parler les malades qui, étant ainsi distraites, cesseront de contracter leurs muscles vulvaires.

Quand le speculum a dépassé l'entrée du vagin il faut retirer l'embout. On voit alors à l'extrémité de l'instrument une ligne transversale formée par les parois vaginales accolées et qui se séparent l'une de l'autre à mesure que celui-ci

pénètre. Cette ligne est un point de repère qui permet toujours d'arriver sur le col. Selon, en effet, qu'elle se rapproche du bord supérieur ou inférieur du speculum, on doit ou en abaisser ou en relever le manche pour rester dans l'axe du vagin. Et si la muqueuse paraît unie et tendue, c'est que la direction n'est plus bonne. Grâce à cette ligne on n'est pas forcé d'aller en tâtonnant à la recherche du col, ou de retirer et de réintroduire son instrument, ce qu'il est toujours préférable d'éviter.

Si on se sert du modèle de Sims, la femme est placée dans le décubitus latéral gauche ainsi que nous l'avons indiqué. L'index de la main droite doit guider la valve et empêcher que son extrémité ne vienne heurter le museau de tanche.

Il faut alors saisir le manche avec la main gauche, retirer le doigt et confier l'instrument à un aide, en ayant soin d'appuyer fortement sur le périnée. Le vagin se distendra alors immédiatement et, dans la plupart des cas, on verra le col utérin s'il est normalement situé. Dans certaines déviations, il est nécessaire de l'attirer légèrement. On peut se servir pour cela du bec de l'hystéromètre, introduit à un ou deux centimètres à travers l'orifice externe, ce qui ne présente aucun inconvénient, ou employer de préférence le tenaculum (fig. 9) ou le dépresseur de Sims (fig. 10).

Si nous nous sommes étendus sur la description du procédé américain, peu usité chez nous, c'est qu'il est incontestable que dans certains cas, ce mode d'exploration nous sera très-utile. Mais la plupart du temps, surtout si nous sommes livrés à nos propres ressources et seuls avec notre malade, nous éprouverons des difficultés considérables en employant la méthode américaine.

Dans les services d'hôpital, ou pour pratiquer une opération, on peut toujours disposer d'un ou de plusieurs

aides. Dans la clientèle on est privé de ce secours, et le procédé de Sims occupe une main rien qu'à tenir le speculum. Tandis que l'instrument de Cusco, mis en place et fixé, peut être maintenu avec deux doigts les trois autres restant à notre dispositon. Ceux-ci nous rendront des services variés, entre autres pour diriger le tube d'un irrigateur dans les cas où il faut pratiquer une injection, indication qui se présente à chaque instant. La main droite restée libre peut ouvrir ou fermer un robinet, saisir l'objet ou l'instrument dont on a besoin.

Fig. 9. — Tenaculum de Sims.

Fig. 10. — Dépresseur de Sims.

Nous avons cru utile d'insister sur ces détails, afin d'éviter au praticien une série de difficultés dont on ne tarde pas à se rendre compte soi-même. M. Sims, dans son *Traité de chirurgie utérine*, a adressé à son instrument le reproche que nous lui faisions tout à l'heure. Il tranche la question en conseillant de ne jamais examiner une femme sans avoir un aide à sa disposition.

En résumé, il nous semble que dans la majorité des cas

et dans les conditions ordinaires, il vaut mieux placer la malade dans le décubitus dorsal, comme on le fait habituellement en France, et employer des speculums à plusieurs valves.

La lumière du jour est de beaucoup le meilleur éclairage, quelle que soit la méthode d'examen que l'on choisisse.

Mais on peut être forcé de faire une exploration la nuit ou dans un appartement obscur, et il devient alors nécessaire d'avoir recours à l'éclairage artificiel.

On a construit plusieurs appareils uniquement destinés à cet usage, auquel on peut très bien adapter le réflecteur laryngoscopique.

Du cathétérisme de la cavité utérine.

On se sert, en général, pour pratiquer le cathétérisme de l'utérus, de tiges métalliques légèrement recourbées à leur extrémité. Les plus usités de ces instruments, désignés sous le nom d'hystéromètres[1], sont ceux d'Huguier (fig. 11), et de Valleix (fig. 12). Ceux de Sims (fig. 13) et de Créquy (fig. 14). construits en argent malléable et en baleine, permettent de modifier facilement leur degré de courbure. Des stylets flexibles ou des bougies semblables à celles employées pour l'urèthre de l'homme sont également utilisés pour cet usage.

Les bougies sont portées dans le col au moyen de pinces à pansement, qui serviront aussi à mesurer la longueur de la partie introduite. Quand on éprouve une certaine résistance indiquant que l'extrémité de la sonde est arrivée au fond de l'utérus, on la saisit avec ses pinces au niveau de l'orifice du museau de tanche, et le segment situé entre les mors de

[1] Hystéromètre, de ὑστέρα, matrice, et μετρον, mesure.

la pince et la partie terminale de la tige nous donne la mesure de la cavité.

Le cathétérisme de l'utérus peut se pratiquer avec ou

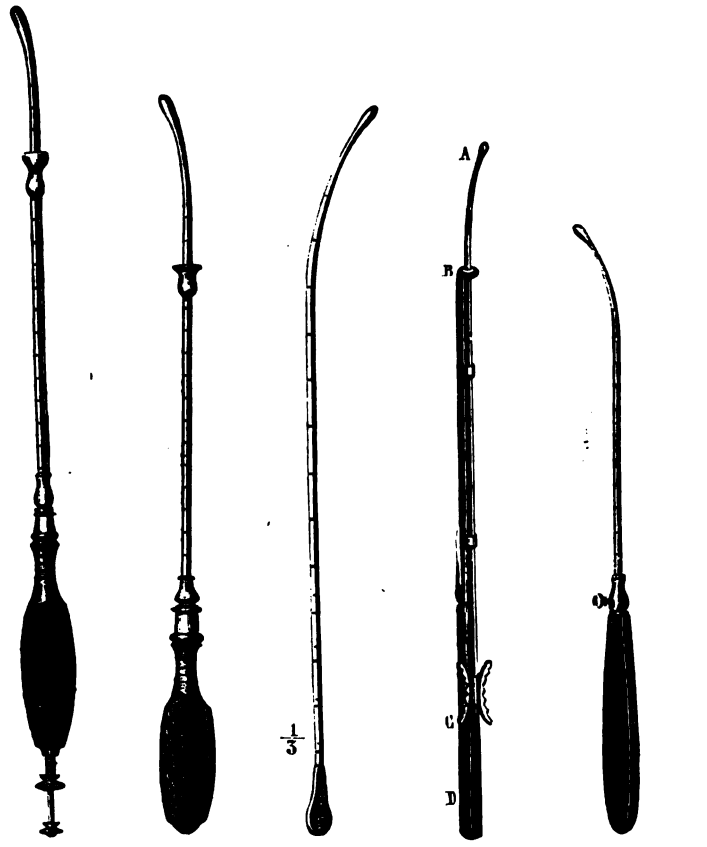


Fig. 11. Hystéromètre d'Huguier.

Fig. 12. Hystéromètre de Valleix.

Fig. 13. Hystéromètre de Sims.

Fig. 14. Hystéromètre en baleine de Créquy (*).

Fig. 15. Hystéromètre à tige malléable

(*) AC. Sonde en baleine susceptible de glisser sur la partie BD. — C. Partie saillante sur laquelle on appuie le pouce pour faire glisser la sonde.

sans l'aide du speculum. Ordinairement, si on emploie ce dernier instrument, il faut le retirer dès que l'hystéromètre a pénétré dans le col. Il est préférable de ne pas se servir du

speculum et de guider le bec de la sonde sur l'indicateur de la main gauche introduit dans le vagin.

On rencontre quelquefois une certaine difficulté à franchir l'orifice externe. Dans ce cas il suffit de faire deux petites incisions latérales.

Beaucoup plus souvent on est arrêté à l'orifice interne. Au lieu de chercher à forcer cet obstacle, on doit tâtonner, tourner le bec de la sonde en différents sens, et toujours se laisser guider par la résistance qu'éprouve l'instrument, qu'il suffit de maintenir légèrement.

D'autrefois l'introduction est empêchée par la contraction des faisceaux musculaires qui environnent l'orifice interne. En attendant un instant, le spasme cesse, et la tige pénètre. Moins on excite la muqueuse, et moins on a de chances de rencontrer ce rétrécissement spasmodique au niveau de l'isthme. L'état de cet orifice varie aussi, selon le moment où on examine la femme; et dans bien des cas, on peut, pendant les quelques jours qui suivent les règles, pénétrer dans l'utérus, alors que toutes les tentatives antérieures avaient été vaines. Dans d'autres circonstances, l'extrémité de la sonde est arrêtée par une bride, ou s'engage dans un repli de la muqueuse cervicale. Il faut alors retirer un peu l'instrument et modifier légèrement sa direction.

Beaucoup d'auteurs ont reproché au cathétérisme utérin de nombreux accidents, imputables, nous le croyons, moins à l'instrument qu'à l'opérateur.

Ce mode d'exploration n'a jamais amené entre nos mains aucun résultat fâcheux, et dans bien des cas il nous a fourni de très-utiles renseignements.

Il a y trois principes qu'on ne doit jamais oublier quand on fait usage de l'hystéromètre :

1° S'assurer que la femme n'est pas enceinte : des gyné-

cologistes des plus distingués ont avoué avoir causé des avortements par un cathétérisme intempestif.

2° Examiner avec soin l'état des annexes de l'utérus, et s'abstenir toutes les fois qu'on trouve de la périmétrite, même ancienne. C'est probablement dans des cas de ce genre qu'on a vu des accidents suivre l'emploi de l'hystéromètre.

3° Enfin ne jamais chercher à pénétrer de force et se rappeler que ce cathétérisme exige autant de prudence que celui de l'urèthre chez l'homme.

En ne se départissant pas de ces trois préceptes, on peut sans inconvénient pratiquer cette petite opération qui nous rend de nombreux services dans bien des circonstances. Quelques auteurs ont avancé qu'on arrivait à sentir à travers les parois abdominales l'extrémité de l'hystéromètre introduit dans la cavité utérine. On doit se garder de jamais tenter cette expérience. Car dans des états pathologiques que nous étudierons plus tard, le tissu utérin se laisse pénétrer avec une facilité extraordinaire, et on se rend compte de la gravité d'une pareille fausse route. Quoiqu'on ait rapporté des observations, où l'utérus avait été traversé par la sonde sans qu'il se soit produit d'accidents [1].

De la dilatation du col de l'utérus.

On comprend facilement l'importance de la dilatation du col, comme moyen de diagnostic et de traitement Nous pouvons ainsi étudier dans ses moindres détails la surface interne de l'utérus, faire pénétrer des instruments, et aller à la recherche de polypes, de fongosités, dont il sera possible de débarrasser les malades.

[1] Voyez Dupuy, *Progrès médical*, 1873, p. 109, et les *Comptes rendus de l'Académie de médecine*, 1869, observation de Pétrequin et Feltz, où une sonde introduite dans l'utérus dans le but d'amener l'avortement se fit jour jusqu'à l'ombilic d'où elle put être retirée, et la malade guérit.

Nous aurons bien des fois l'occasion, dans le courant de ce livre, de revenir sur cette opération et d'indiquer à mesure les nombreuses circonstances qui doivent nous engager à la pratiquer.

Aussi est-il nécessaire d'insister sur le mode opératoire.

La dilatation s'obtient aux dépens de plusieurs procédés. Les uns consistent à introduire des sondes rigides de plus en plus volumineuses dans la cavité cervicale, comme on le fait pour les rétrécissements de l'urèthre chez l'homme. Ou bien on emploie des instruments dilatateurs à branches divergentes (fig. 16), dont on a construit plusieurs modèles différents. Mais les résultats ainsi fournis sont la plupart du temps insuffisants. C'est pourquoi on s'adresse à la dilatation graduelle, au moyen de substances qui possèdent la propriété, en s'imbibant de liquides, d'augmenter considérablement de volume. Les corps le plus souvent employés pour cet usage sont la gentiane, la laminaria digitata et les cônes d'éponge préparée.

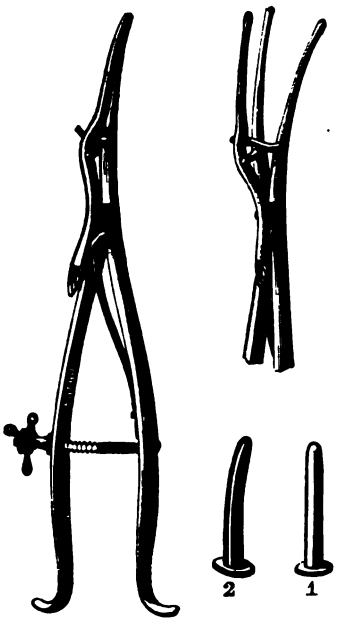


Fig. 16. — Dilatateur de Sims. — 1 et 2. Mandrins dilatateurs de Sims.

Ces derniers ont l'avantage d'amener une dilatation plus considérable que la laminaria. Mais ils ne sont pas à l'abri de tout reproche. Un de leurs plus grands défauts consiste en ce que, souvent, ceux qu'on achète chez les fabricants

d'instruments ou les pharmaciens, sont composés de plusieurs morceaux. Or, cette fabrication défectueuse présente de graves inconvénients, même des dangers sérieux. Une partie du cône, après la dilatation, peut rester dans l'utérus à l'insu du médecin. On a observé des cas de mort causés par ces débris putréfiés et retrouvés à l'autopsie.

Pour éviter ce danger, on conseille en général de faire soi-même cette préparation.

Pour cela il faut choisir des éponges de bonne qualité, non blanchies, que l'on coupe en cônes de 3 à 6 centimètres de long, les uns plus petits, d'autres plus gros que le pouce. Après avoir introduit au centre de chaque morceau une tige de fil de fer, on le trempe pendant un certain temps dans une solution épaisse de gomme phéniquée [1], jusqu'à ce qu'il en soit bien imprégné. On l'entoure ensuite d'une ficelle, en commençant par la partie la plus mince et finissant par le gros bout. Il ne reste plus qu'à retirer la tige de fil de fer et à laisser sécher.

Après dessiccation, la ficelle sera enlevée et on pourra, au moyen d'un papier de verre, effacer les lignes saillantes que présente la surface.

On recouvre en outre celle-ci d'une mince couche de cire qui l'empêche d'adhérer à la muqueuse, au moment de l'extraction. Enfin on pratique vers la base, perpendiculairement au grand axe, un trou dans lequel on passe un gros fil formant un anse. Dans cet état il n'y a plus qu'à introduire la tente éponge dans le col.

On doit la laisser séjourner de dix à douze heures, pendant lesquelles elle amène quelques coliques, très-supportables en général. Elle présente un autre inconvénient, c'est la mauvaise odeur qu'elle contracte et qu'elle communique aux liquides qui s'écoulent.

[1] Une partie d'acide phénique pour trente de solution gommeuse.

On y obviera, en partie, au moyen de l'acide phénique qui entre dans la préparation comme nous l'avons indiqué, et en appliquant, en outre, quelques tampons d'ouate imbibés de glycérine également phéniquée. Quand on veut retirer l'éponge, il faut introduire l'index gauche dans le vagin pour aider à son extraction et faciliter sa séparation d'avec les parois de la cavité cervicale. On saisit l'anse de fil avec la main droite et on tire peu à peu et avec beaucoup de lenteur, pour éviter de léser la muqueuse.

On a construit plusieurs instruments destinés à porter jusque dans le col les corps dilatateurs.

Une bonne pince à pansement suffit très bien à remplir ce rôle. Il est quelquefois nécessaire d'immobiliser le museau de tanche à l'aide d'un tenaculum, pour faciliter la pénétration dans la cavité cervicale.

Une seule dilatation suffit dans certains cas, mais si l'on veut arriver à introduire le doigt dans l'utérus et à en explorer les différentes régions, plusieurs applications seront nécessaires. Il est bon de mettre un intervalle d'un jour ou deux entre chaque tentative et de surveiller avec soin la sensibilité de l'utérus et de ses annexes. Il vaut mieux ne pas se presser, et mettre dix ou douze jours pour obtenir une dilatation complète. L'usage du dilatateur à branches divergentes est quelquefois nécessaire pour compléter, au niveau de l'orifice interne, le résultat que l'on veut atteindre.

Si on emploie la laminaria, on n'a rien à changer au manuel opératoire que nous venons d'indiquer.

Il y a deux espèces de tiges de laminaria, les unes pleines, les autres creuses, ou tiges Greenhalgh (fig. 17). La laminaria a l'avantage de contracter moins de mauvaise odeur que l'éponge ; en outre, elle est toujours d'une seule pièce, et on n'est pas exposé avec elle, aux dangers que présentent les

cônes composés de plusieurs morceaux. La laminaria se dilate moins que l'éponge, et souvent elle est expulsée prématurément de la cavité cervicale. On évite le premier des inconvénients en réunissant en faisceau plusieurs tiges assemblées, et le second en faisant garder le repos à la malade et en appliquant sur le col un certain nombre de tampons d'ouate imbibée de glycérine.

Fig. 17.
Tige de laminaria digitata.

On a vu quelquefois de la paramétrite ou de la périmétrite se développer à la suite d'une dilatation du col utérin.

Dans un travail publié récemment, Schultze[1] attribue ces accidents à l'absence de certaines précautions, dont il conseille de ne jamais se départir.

Après avoir nettoyé tout le fond du vagin avec de l'ouate trempée dans une solution phéniquée à 3 pour 100, on recherche la direction du col utérin au moyen d'une sonde flexible. Si par le cathétérisme on amène quelques gouttes de sang, on doit attendre vingt-quatre heures avant de faire la dilatation.

On laisse tremper la laminaria pendant une ou deux minutes dans la solution phéniquée, ce qui permet de lui donner une certaine courbure en rapport avec la direction du canal cervical.

Six ou huit heures après l'introduction de la tige, le résultat est suffisant; mais il n'y a aucun inconvénient, avec les précautions sus-indiquées, à la laisser séjourner pendant vingt-quatre heures.

Si on veut obtenir une dilatation assez considérable pour

[1] Die Erweiterung des Uterus durch Laminaria digitata. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1878, p. 150.

permettre l'introduction du doigt, il faut que les morceaux de laminaria atteignent 8 ou 10 millimètres de diamètre, ou comme nous l'avons déjà dit, en réunir plusieurs ensemble. A chaque nouvelle application les mêmes précautions sont nécessaires.

On choisit de préférence, pour tenter cette opération, la première ou la deuxième semaine après l'apparition des règles. Il vaut mieux éviter toute manœuvre de ce genre pendant la période menstruelle, ou dans la semaine à la fin de laquelle les règles doivent se montrer.

En pratiquant la dilatation avec ces précautions, qui paraîtront peut-être un peu minutieuses, les résultats sont plus favorables, et on évite ainsi un des principaux inconvénients, l'odeur contractée par le corps dilatant et par les liquides qui s'écoulent sous son influence. Quoique moindre avec la laminaria qu'avec l'éponge, cette odeur n'en est pas moins très désagréable. Dans la plupart des cas, on obtient un résultat suffisant au moyen des tiges de laminaria, dont l'emploi nous paraît préférable à celui de l'éponge.

Nous ne nous occuperons pas des speculums intra-utérins. Leur utilité est très contestable à cause de l'étroitesse du col. Ou bien il faut dilater préalablement la cavité cervicale, et dans ce cas, les renseignements fournis par le doigt ont une bien plus grande valeur, que ceux, fort incomplets, qu'on acquerrait au moyen du speculum intra-utérin. Ces instruments peuvent servir à protéger la muqueuse cervicale, quand on porte un caustique puissant tel que l'acide nitrique sur la surface interne du corps de l'utérus, comme nous l'indiquerons à propos de la métrite.

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA VULVE ET DU VAGIN

ANATOMIE NORMALE DE LA VULVE

On désigne sous le nom de vulve, non-seulement l'orifice des voies génitales de la femme, mais encore l'ensemble des organes génitaux externes. Ainsi nous faisons rentrer dans l'étude de la vulve, les grandes et les petites lèvres, l'hymen, l'orifice de l'urèthre, le clitoris, enfin les glandes vulvo-vaginales.

Des grandes lèvres.

Les *grandes lèvres* (fig. 18, b.) sont deux replis saillants qui limitent latéralement la vulve. Réunies en arrière par une commissure appelée *fourchette*, elles diminuent insensiblement d'arrière en avant, pour venir se confondre par leur extrémité antérieure avec la partie inférieure du *pénil* ou *mont de Vénus*. Les grandes lèvres ont une face externe cutanée et une face interne muqueuse. La surface externe est recouverte de poils et présente un aspect plissé, comparable à celui du scrotum de l'homme. On y a également décrit, au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané, un véritable dartos.

C'est dans la grande lèvre que se termine le ligament

rond. On rencontre quelquefois un prolongement du péritoine qui accompagne ce ligament et peut persister chez l'adulte : c'est ce que l'on a désigné sous le nom de canal de Nuck.

La structure histologique des grandes lèvres est à peu près la même que celle de la peau. On y observe un grand nombre de glandes sébacées. L'épithélium qui les revêt est un épithélium pavimenteux stratifié, comme, du reste, l'épithélium qui revêt tous les organes génitaux externes de la femme.

On donne le nom de fosse naviculaire, à une petite dépression qui existe entre la commissure postérieure ou fourchette, et l'hymen ou ses débris les caroncules myrtiformes. La longueur de cette dépression varie selon que la femme a eu ou non des enfants.

Des petites lèvres.

En écartant les grandes lèvres, on découvre deux autres replis muqueux, les petites lèvres ou nymphes (fig. 18, e). Leur extrémité postérieure se confond avec la face interne des grandes lèvres vers le milieu de leur hauteur. En haut et en avant, elles se dédoublent pour envelopper le clitoris.

En général, les petites lèvres sont revêtues d'une muqueuse sur leurs deux faces et recouvertes par les grandes lèvres. Souvent elles dépassent ces dernières et peuvent alors perdre leur caractère de muqueuse pour prendre les apparences de la peau. C'est là un phénomène qu'on observe fréquemment pour tous les revêtements muqueux, et nous verrons plus tard, à propos du prolapsus utérin, que la paroi vaginale, dans ce cas, acquiert tellement le caractère cutané, que chez les négresses cette surface, rouge à l'état normal, devient noire quand elle est en état de prolapsus.

Dans certaines peuplades Africaines, les petites lèvres atteignent des proportions considérables. C'est ce que l'on a désigné sous le nom de tablier.

De l'hymen.

L'orifice vulvo-vaginal s'étend de la fourchette à l'orifice

Fig. 18. — Organes génitaux externes de la femme.

a. Clitoris. — b. Grandes lèvres. — c. Méat urinaire. — d. Orifice du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale. — e. Petites lèvres. — f. Anus.

inférieur du vestibule. Très différent selon les sujets, cet orifice est en partie fermé chez les filles vierges par une sorte de diaphragme ou *hymen*, qui établit une limite entre la vulve et le vagin.

L'hymen présente des aspects variés qui se réduisent à cinq types principaux :

1° Une disposition labiale des bords, qui forment une fente verticale faisant saillie à l'orifice du vagin.

2° Un type, que Tardieu considère comme très-fréquent, dans lequel l'hymen forme un diaphragme irrégulier, perforé à son tiers supérieur.

3° Dans la troisième forme, on observe une membrane régulière percée d'un orifice central.

4° Dans la quatrième, la membrane revêt la disposition d'un croissant à échancrure supérieure, dont les extrémités vont se perdre au dedans des petites lèvres. Ce type se rapproche beaucoup de celui de la deuxième variété, dont l'orifice serait seulement plus dilaté.

5° Enfin, dans certains cas, l'hymen ne forme qu'une simple bandelette circulaire, une sorte de repli qui double les petites lèvres à l'entrée du vagin.

Chez les petites filles, l'hymen est souvent profondément situé, à 6 ou 8 centimètres de l'orifice vulvaire; et ce n'est qu'en écartant fortement les cuisses qu'on peut le découvrir. Plus tard, il devient plus superficiel.

Quoiqu'on ait observé des grossesses avec persistance de cette membrane, en général, elle est déchirée dans les premiers rapprochements sexuels. Ce sont ses débris que l'on désigne sous le nom de *caroncules myrtiformes*.

Du méat urinaire.

Le méat urinaire (fig. 18, c) est situé sur la ligne médiane, au-dessus et en avant d'une petite saillie ou tubercule antérieur du vagin, que nous avons déjà signalé à propos de l'introduction du speculum, et qui sert également de point de repère pour pratiquer le cathétérisme de l'urèthre chez la femme, sans la découvrir; procédé qu'il est utile de connaître et que nous allons indiquer.

La malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées

et fléchies, le bassin un peu relevé, on introduit l'index de la main gauche dans le vagin. Ce doigt, retiré légèrement, arrive à percevoir le tubercule antérieur et sa face palmaire sert de conducteur à la sonde. Celle-ci, tenue de la main droite, sa concavité tournée en haut, est glissée jusqu'à ce que son bec arrive au contact de la muqueuse. Il suffit alors pour atteindre le méat, de porter cette extrémité un peu en avant et de pousser doucement en abaissant le pavillon. On pénètre ainsi dans la vessie en suivant la direction de l'urèthre.

Quelques auteurs conseillent de prendre le clitoris comme point de repère pour le cathétérisme. Dans ce cas, l'indicateur gauche est placé au-dessous de cet appendice, et c'est l'ongle qui sert de conducteur à la sonde. Nous préférons le premier procédé qui évite le contact du clitoris.

Du reste, la sonde guidée sur l'indicateur gauche introduit dans le vagin et pressant par sa face palmaire sur la paroi antérieure de bas en haut, ne peut pas pénétrer dans le conduit vaginal, et après quelques tâtonnements rencontre presque toujours l'orifice de l'uréthre.

Le méat se présente le plus souvent sous la forme d'une petite fente longitudinale ; d'autres fois, au contraire, il est très saillant, circulaire, béant et entre ouvert. Chez certaines femmes, il est situé si profondément qu'on a de la peine à le découvrir. On a voulu voir dans cette dernière disposition une conséquence de rapprochements sexuels trop précoces. Chez les sujets jeunes, il est placé plus haut que chez ceux plus avancés en âge ou en état de gestation. La muqueuse forme de nombreux plis longitudinaux qui font quelquefois saillie à l'orifice uréthral. On voit sur ses bords et surtout sur son bord inférieur, une petite crête médiane, qui a été souvent prise pour un polype. Le méat constitue la région la moins dilatable de l'urèthre. Aussi a-t-on con-

seillé de le débrider avant de dilater le canal. Cependant, sous l'influence de certaines circonstances, cette partie elle-même arrive peu à peu à un tel degré de dilatation, que le coït se pratique par cette voie au lieu de la voie vaginale.

On observe autour du méat de nombreuses glandes. Celles qui sont situées à l'intérieur du canal sont revêtues d'un épithélium cylindrique, ainsi que nous nous en sommes assurés par plusieurs examens histologiques.

Du clitoris.

Le *clitoris* (fig. 18, a) est un organe érectile, analogue à la portion érectile de la verge de l'homme. Ses deux corps caverneux partent des deux branches ischio-pubiennes, convergent l'un vers l'autre, et arrivent à se réunir pour former un seul corps terminé par une extrémité arrondie ou *gland du clitoris*. Ses dimensions sont très variables d'un sujet à l'autre, mais sa longueur moyenne est de trois centimètres environ.

L'espace triangulaire situé au-dessous de cet organe, limité latéralement par les petites lèvres et en bas par l'urèthre, porte le nom de *vestibule*.

Tous les anatomistes ont comparé, avec raison, la structure du clitoris à celle de l'organe mâle. Les artères et les veines présentent une disposition analogue dans les deux, et forment de nombreux plexus entre les mailles desquels on rencontre un grand nombre de fibres musculaires lisses. La muqueuse clitoridienne, surtout celle qui recouvre le gland, est très riche en papilles nerveuses contenant des corpuscules de Krause et de Pacini.

A la surface de la muqueuse vestibulaire, viennent s'ouvrir des glandes, groupées surtout dans le voisinage du méat urinaire.

Des glandes vulvo-vaginales.

On désigne sous le nom de *glandes vulvo-vaginales* ou *glandes de Bartholin*, deux masses glandulaires, analogues aux glandes de Méry ou de Cooper de l'homme. Situées sur les côtés du vagin, de forme ovalaire, elles présentent dans leur grand axe une longueur de 15 à 20 millimètres. Elles sont en rapport en dedans avec le bulbe du vagin, et en dehors avec le muscle constricteur.

Leur canal long de 2 centimètres environ, s'ouvre en avant de l'hymen, vers la moitié de la hauteur de l'orifice vulvaire (fig. 18, d). Ce canal est tapissé d'un épithélium cylindrique, jusqu'à son extrémité libre où l'épithélium devient pavimenteux. Le conduit principal se divise en un grand nombre de canaux secondaires dont les subdivisions aboutissent à de véritables acini, également tapissés d'éléments cylindriques plus ou moins aplatis.

La glande vulvo-vaginale est souvent assez difficile à découvrir par la dissection; cependant, surtout chez les femmes maigres, on peut quelquefois la saisir entre le pouce et l'index.

DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES[1]

L'étude du développement des organes génitaux externes éclaire d'un très grand jour leurs anomalies. Le nombre des cas difficiles à interpréter devient ainsi de moins en moins considérable.

C'est vers la sixième semaine de la vie embryonnaire qu'on voit apparaître les premiers vestiges des organes génitaux externes. Il se produit d'abord sur le point qui

[1] Les figures relatives au développement des organes génitaux externes, ainsi que celles qui concernent l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, sont en partie empruntées à Schroeder.

sera plus tard la vulve, un épaississement des tissus, une petite éminence limitée de chaque côté par une bandelette plus épaisse formant une espèce de bourrelet.

Vers la huitième semaine, on observe à la partie inférieure de cette éminence (éminence génitale), une dépression allongée (fig. 19), devenant une véritable fente, dont la profondeur augmente de plus en plus, jusqu'à atteindre le cloaque ou point de réunion de l'intestin et de l'allantoïde.

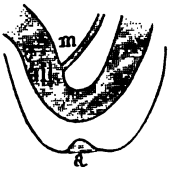


Fig. 19. — Développement des organes génitaux externes.

a. Dépression située à la partie inférieure de l'éminence génitale. — all. Allantoïde qui forme plus tard la vessie. — m. Canal de Müller qui formera l'utérus et le vagin. — r. Rectum.

Fig. 20. — Développement des organes génitaux externes.

Formation du périnée. — a. Urèthre. — b. Vessie. — v. Vagin. — r. Rectum. — su. Sinus urogénital.

Ce conduit, ainsi formé, fait communiquer le cloaque avec l'extérieur et prend le nom de sinus urogénital.

A la partie supérieure de l'éminence génitale, on voit se développer le clitoris.

Les bords des replis de la fente génitale deviennent les petites lèvres, et, en se dédoublant à leur partie supérieure, onstituent *le capuchon* ou *prépuce* du clitoris. Les bourrelets que nous avons vus situés sur les deux côtés de l'éminence génitale prennent tous les caractères de la peau et forment les grandes lèvres.

En même temps, on voit se produire la séparation entre l'intestin et l'allantoïde; la portion la plus élevée de cette dernière cavité devenant la vessie.

Cette division se fait au moyen de la prolifération du tissu conjonctif situé entre l'intestin et les canaux de Müller

(fig. 20), qui s'ouvrent à cette époque dans la paroi postérieure de l'allantoïde. Il existe là une espèce d'éperon, qui s'allonge peu à peu, et s'avance de plus en plus vers l'extérieure pour former la cloison recto-vaginale. Cette cloison isole le rectum de l'appareil urogénital, et vient par sa partie inférieure constituer le périnée.

A mesure que ce bourgeon de tissu conjonctif prolifère et descend pour se rapprocher de la surface, il entraîne dans

Fig. 21. — Développement des organes génitaux externes.

su. Sinus urogénital devenant par sa partie inférieure le vestibule et donnant accès à l'urèthre u et au vagin v. — b. Vessie. — r. Rectum.

Fig. 22. — Développement complet des organes génitaux externes.

su. Vestibule. — b. Vessie. — v. Vagin. — r. Rectum.

sa progression la partie inférieure des canaux de Müller, qui à leur tour formeront l'utérus et le vagin après s'être réunis l'un à l'autre en un canal unique.

Le sinus urogénital se rétrécit ainsi de plus en plus (fig. 21), et constitue par sa partie supérieure une portion de l'urèthre; sa partie inférieure devenant le *vestibule*, c'est-à-dire cet espace qui donne accès à l'urèthre en avant et au vagin en arrière (fig. 22).

ANOMALIES DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Ce bref exposé du développement de l'ensemble des organes génitaux externes de la femme nous rend compte de la plupart de leurs anomalies.

Atrésie complète de la vulve et de l'anus.

Si un arrêt de développement se produit dans les premières périodes de la vie embryonnaire, alors qu'il n'existe

pas encore de communication des organes internes avec l'extérieur, il y *atrésie complète de la vulve et de l'anus*.

Si la fente génitale s'est arrêtée dans son évolution, après s'être creusée incomplètement, il existe encore une atrésie complète, et l'on voit à la place de la vulve, une membrane lisse, rouge et tendue, présentant des caractères distincts de ceux de la peau environnante.

Dans ces cas, il peut y avoir au-dessus de l'oblitération deux dispositions différentes. Ou bien les trois cavités, vessie, vagin, rectum, communiquent entre elles (fig. 23). Ou

Fig. 23. — Atrésie complète de la vulve et de l'anus.

b. Vessie. — g. Canal génital. — r. Rectum. — (Les trois cavités communiquent entre elles.)

Fig. 24. — Atrésie complète de la vulve et de l'anus.

b. Vessie communiquant avec le canal génital g. — r. Rectum.

bien, la cloison recto-vaginale s'est formée et n'est séparée de l'extérieur que par la légère couche de tissus représentant les vestiges de la vulve (fig. 24). Ces diverses anomalies atteignent également d'autres organes chez le même sujet et ne sont pas compatibles avec la vie. Elles ne présentent donc que peu d'intérêt pour le praticien.

Il n'en est pas de même des vices de conformation qui nous restent à examiner, et qui peuvent quelquefois devenir embarassants, quand il s'agit, par exemple, de déterminer le sexe d'un enfant.

Persistance du cloaque.

Dans certains cas, la communication se fait largement entre les organes internes et l'extérieur, et l'arrêt de développement porte seulement sur l'éperon de tissu conjonctif

destiné à former le périnée après avoir séparé l'intestin du sinus urogénital. Dans ces cas il y a absence de périnée et persistance du cloaque (fig. 25).

Dans beaucoup d'observations, on paraît avoir mal inter-

Fig. 25. — Persistance du *cloaque*.

d. Éperon de tissus conjonctif destiné à former le périnée, arrêté dans son développement. — c. Cloaque. — u. Urèthre. — b. Vessie. — v. Vagin. — r. Rectum.

prété la persistance du cloaque. On a pris pour le vagin une partie du sinus urogénital, et on a cru, à tort, à une ouverture du rectum dans le vagin, quand c'était le sinus urogénital qui en était le siège.

Persistance du sinus urogénital.

Le sinus urogénital peut également persister, à l'état où on l'observe chez l'embryon. Cet arrêt de développement est intéressant à connaître, car sans cette notion il nous serait impossible d'interpréter certains cas.

On trouve en effet dans ces conditions, un canal unique,

Fig. 26. — Persistance du sinus urogénital.

c. Clitoris hypertrophié. — s. Sinus urogénital. — u. Urèthre. — b. Vessie. — v. Vagin — r. Rectum.

étroit, et que l'on confondrait facilement avec l'urèthre. Ce n'est qu'après un assez long trajet que ce canal, unique dans toute sa partie inférieure, donne accès à l'urèthre et au vagin (fig. 26). Ces anomalies coïncident souvent avec

une hypertrophie du clitoris, et ont été considérées, par quelques auteurs, comme un léger degré d'hypospadias chez la femme. Tandis que pour d'autres, on devrait réserver le nom d'hypospadias à une affection qui n'existerait que chez l'homme.

Absence de l'urèthre et ouvertures anormales de la vessie.

On a observé des cas où la vessie s'ouvre directement dans le vestibule, sans qu'on rencontre aucun vestige de l'urèthre. C'est ce qu'on a désigné sous le nom d'hypospadias vrai.

On a également publié des observations dans lesquelles la vessie s'ouvrait au-dessus du clitoris. Les cas de Gosselin, de Testelin, de Freund[1], présentent des particularités intéressantes à étudier, mais sur lesquelles il est impossible de s'étendre dans un manuel. Cette variété d'anomalie a été souvent appelée épispadias de la femme. La formation de ces sortes d'épispadias présente encore quelques difficultés dans son interprétation. A-t-on affaire à une fente anormale des parois, ayant pu amener une déchirure de l'allantoïde sur ce point? Ou bien la déchirure de l'allantoïde est-elle primitive et a-t-elle été cause de la communication de la cavité avec l'extérieur? Ce sont là deux hypothèses qui sont également admissibles et sur lesquelles il est bien difficile de se prononcer dans l'état actuel de la science.

Traitement. — Les opérations que l'on est forcé de pratiquer, pour remédier à ces divers vices de conformation, sont toujours compliquées et souvent dangereuses.

Quand il y a persistance du cloaque, il est bien rare de pouvoir recourir à une opération curative.

[1] Voyez Hildebrandt, *Krankheiten der aeusseren weiblichen Genitalien*, Stuttgart, 1877, p. 10.

Si le rectum s'ouvre dans le sinus urogénital, on doit chercher à le ramener à la place qu'il devait normalement occuper. Dans ce but, on fait une incision longitudinale, pour dégager la partie inférieure de l'intestin, que l'on sépare de son orifice dans le cloaque. On fixe ensuite le bout inférieur ainsi isolé, dans la situation normale de l'anus, et on oblitère par quelques points de suture, l'orifice arrondi qui s'ouvrait dans la paroi du vestibule.

Quand il existe de l'incontinence d'urine par absence d'urèthre, il sera souvent possible de remédier à l'infirmité résultant de cette disposition anatomique, par divers appareils comprimant l'un contre l'autre les bords de l'orifice vésical.

Développement rudimentaire de la vulve.

Il arrive, quoique rarement, qu'on observe une absence de la vulve, malgré l'intégrité des organes génitaux internes. Dans ces cas, il existe dans la région qui devrait être occupée par la vulve, un petit pertuis représentant l'orifice du sinus urogénital.

On a également rencontré un développement incomplet des différentes parties de l'appareil vulvaire. Tantôt ce sont les grandes ou les petites lèvres, tantôt le clitoris, le périnée, qui n'ont pas atteint leurs dimensions normales.

Enfin la vulve peut, dans certaines circonstances, conserver chez l'adulte le caractère infantile.

Hermaphrodisme.

Peut-on rencontrer chez l'homme un véritable hermaphrodisme? La réponse à cette question sera certainement négative, si on considère l'hermaphrodisme au point de vue physiologique, c'est-à-dire tel qu'on l'observe chez les animaux inférieurs. On n'a jamais vu d'être humain pou-

vant accomplir les fonctions génitales et se reproduire comme homme et comme femme. Les sujets anormaux qu'on désigne sous le nom d'hermaphrodites sont presque toujours inféconds.

Mais si on considère l'hermaphrodisme uniquement au point de vue anatomique, il est certain que la science possède un grand nombre d'observations qui rentrent dans cette catégorie. Ainsi on a vu exister une prostate avec un utérus, un ovaire d'un côté et un testicule de l'autre.

Les principaux types de ces anomalies peuvent se diviser en trois classes :

1° Dans une première nous rangerons les cas que l'on a désignés sous le nom d'*hermaphrodisme latéral*. Chez un même sujet, on observe d'un côté un ovaire de l'autre un testicule; ou bien une trompe, un ovaire, un utérus à gauche ou à droite, un testicule et une prostate du côté opposé.

2° Dans un second groupe, *hermaphrodisme vertical ou double*, on rencontre du même côté les organes mâles et femelles.

3° Enfin dans une troisième forme, *hermaphrodisme transverse*, les organes génitaux internes appartiennent à un sexe, tandis que les organes génitaux externes présentent les caractères du sexe opposé. Cette disposition ne doit pas nous surprendre, puisque nous savons qu'il y a une indépendance complète dans le développement des organes internes et externes.

Le cas de Catharina Hohmann, étudié dans ces dernières années en Allemagne[1], que l'on peut rapprocher de plusieurs autres observations anciennes, présente un intérêt plus considérable, en ce sens qu'on a appliqué à ce sujet

[1] *Archives de Virchow*, t. XLIII, p. 329 et t. XLV, p. 1.

toutes les notions actuelles de la physiologie. Cet homme-femme, car il possédait des caractères spéciaux à l'un et à l'autre sexe, était surtout un homme atteint d'hypospadias. Le liquide spermatique avait chez lui les apparences physiologiques et contenait des spermatozoïdes. Cet être anormal était sujet à un écoulement sanguin par les organes génitaux. L'apparition de cette menstruation était assez régulière et durait plusieurs jours, avec le cortège des divers phénomènes qui accompagnent les règles, douleur lombaire, gonflement des seins; ceux-ci avaient les dimensions et l'apparence des mamelles de la femme. L'absence d'autopsie n'a pas permis d'affirmer l'existence d'un ovaire.

Dans le plus grand nombre des faits de soit disant hermaphrodisme, on a affaire à une hypertrophie du clitoris, qui prend l'aspect et les dimensions de la verge. Chez la plupart de ces monstres, les grandes lèvres simulent le scrotum, et on rencontre, au-dessous du clitoris hypertrophié, une petite ouverture conduisant dans le sinus urogénital persistant, dans lequel viennent s'ouvrir l'urèthre et le vagin. Quelquefois les ovaires font hernie et pénètrent à travers le canal inguinal jusque dans les grandes lèvres. Chez ces sujets l'état des organes génitaux internes est très variable selon les cas. On peut les rencontrer, depuis les phases les plus rudimentaires, jusqu'au terme complet de leur développement. L'aspect extérieur de ces pseudo-hermaphrodites est également variable. Tantôt c'est l'apparence masculine, tantôt au contraire celle de la femme qui domine chez eux avec un développement régulier des seins.

Il est un dernier vice de conformation vulvaire que nous devons rappeler, et qui consiste en un rapprochement des petites lèvres au delà des limites normales, pouvant amener un trouble dans l'émission de l'urine. En général, les petites lèvres ainsi réunies sont faciles à sépa-

rer au moyen du bistouri guidé sur une sonde cannelée.

Enfin la commissure postérieure des grandes lèvres peut se prolonger anormalement et augmenter ainsi la saillie du périnée, vers l'orifice vulvaire.

Hypertrophies vulvaires.

De même que les différentes régions de la vulve peuvent présenter un degré plus ou moins considérable d'atrophie, on observe également une hypertrophie de ses divers points.

Depuis longtemps les voyageurs ont signalé l'augmentation de volume des petites lèvres chez certains peuples de l'Afrique, les Hottentots en particulier. Cette disposition se rencontre également dans nos climats, quoique à un degré moindre[1]. Quand les petites lèvres s'hypertrophient et dépassent les grandes, elles se pigmentent et perdent les caractères d'une muqueuse pour revêtir l'aspect de la peau, comme nous l'avons déjà vu à propos de l'anatomie de ces organes. On a avancé que cette saillie anormale des petites lèvres était un signe d'habitudes solitaires.

Le même vice a été accusé d'amener l'hypertrophie du clitoris, observée de temps en temps chez des femmes ne présentant aucune autre anomalie. Il n'est pas illogique d'admettre que l'excitation répétée d'un organe amène une exagération dans ses phénomènes de nutrition, et par conséquent dans son développement. Mais il est également certain, que chez des femmes qui avouent des habitudes de ce genre invétérées, on ne rencontre aucune exagération dans les dimensions du clitoris.

[1] Scanzoni cite une famille des environs de Würzbourg, dans laquelle la mère et les trois filles présentaient un développement extraordinaire des lèvres. (*Loc. cit.*, p. 474).

Souvent l'hypertrophie des petites lèvres s'accompagne d'une hypersécrétion des glandes sébacées et sudoripares de la région. On a rencontré, quelquefois, des petites lèvres surnuméraires. Dans les cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer, on avait plutôt affaire à une division anormale de ces organes.

Pour remédier à l'hypertrophie des petites lèvres, on a recours à l'opération de la nymphotomie, qui consiste, tout simplement, à exciser la portion des petites lèvres qui déborde les grandes. Cette opération, également désignée sous le nom de circoncision de la femme, est d'un usage presque général chez certaines peuplades de l'Asie et de l'Afrique.

Dans ces dernières années, un chirurgien anglais a voulu préconiser la clitoridectomie contre certains troubles nerveux, tels que l'hystérie, l'épilepsie à forme génitale. Même dans le pays où s'est produit cette opinion, on en a bien vite fait justice, et nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'on ne doit jamais pratiquer l'excision du clitoris sain, ou même un peu hypertrophié, sous prétexte de guérir une affection nerveuse quelconque[1].

A l'occasion de la discussion qui eut lieu à ce sujet en Angleterre, on rapporta des observations de malades chez lesquelles l'hystérie semblait s'être développée sous l'influence de la masturbation, et, malgré cela, l'excision du clitoris n'avait eu aucune influence sur les accidents hystériques[2].

[1] Voyez à ce sujet les discussions contenues dans les journaux anglais pour les années 1866 et 1867. *Lancet*, *Medic. Times*, and *Gaz.*, *Brit. medic. journ.*

[2] Tanner, *Transact. of the obstetric. Soc.*, VIII, p. 300. — Courty a également excisé le clitoris sans aucun résultat, chez une femme atteinte d'accès d'hystérie épileptiforme. — Courty, *loc. cit.*, p. 1108.

HERNIES DE LA RÉGION VULVAIRE

On divise les hernies de la région vulvaire, en hernie des grandes lèvres et hernie périnéale.

Hernie de la grande lèvre.

La hernie de la grande lèvre est divisée en antérieure et postérieure, ou labio-vaginale.

Dans la *hernie labiale antérieure*, l'intestin, ou l'épiploon, s'engagent dans le canal inguinal et descendent jusque dans la grande lèvre. Cette forme est analogue à la variété scrotale de l'homme. Mais on l'observe beaucoup plus rarement chez la femme que chez l'homme.

Dans la *hernie labiale postérieure* ou *labio-vaginale*, les organes déplacés poussent devant eux le péritoine en avant des ligaments larges, et se font un passage à travers l'aponévrose pelvienne et le muscle releveur de l'anus. La tumeur, longeant ainsi, dans une étendue plus ou moins grande, la paroi du vagin, arrive également jusque dans la grande lèvre. C'est surtout dans cette dernière espèce qu'on a observé à côté de l'intestin et de l'épiploon, l'ovaire, ou une partie de la vessie contenus dans le sac.

Symptômes et diagnostic. — La tumeur formée par une hernie présente un aspect arrondi, ou plus ou moins ovalaire. Elle est peu douloureuse à la pression, et d'une consistance molle. La peau qui la recouvre est normale. La percussion fait constater un son tympanique, si l'anse intestinale engagée est assez volumineuse. En outre la tumeur est réductible et apparaît de nouveau sous l'influence d'un effort, si l'on fait tousser la malade par exemple. Dans le cas où une portion de la vessie serait engagée dans la hernie, on

verrait la partie tuméfiée augmenter de volume quelques heures après la miction.

Dans la variété labiale antérieure, on sent que la tumeur se continue dans la portion supérieure de la grande lèvre. Au contraire, dans la variété postérieure, cette même région en est indépendante.

Étiologie. — Les hernies se produisent par deux processus différents. Ou lentement et peu à peu, ou subitement sous l'influence d'un effort quelconque, tel que l'acte de soulever un fardeau, un accès de toux ou un éternument. Les accouchements nombreux, relâchant les membranes aponévrotiques, doivent être considérés comme une cause prédisposante.

Traitement. — L'étranglement est moins fréquent pour la hernie labiale que pour la hernie scrotale de l'homme dont elle est l'analogue, comme nous l'avons vu. Dans le cas d'étranglement la réductionest ordinairement facile. Pour réduire, on doit comprimer uniformément la grande lèvre, de façon à repousser la tumeur de bas en haut et d'avant en arrière vers la partie supérieure du canal, dans la direction qu'elle a suivie pour se produire. En même temps deux doigts introduits dons le vagin aident à accomplir cette manœuvre. Pour la forme labiale antérieure, les moyens de contention sont les mêmes que pour la variété scrotale de l'homme.

Pour la labiale postérieure, il faut que l'appareil appuie sur la paroi vaginale.

Hernie périnéale.

La hernie périnéale peut se produire sur un point quelconque du plancher du bassin. Dans cette espèce, du reste peu fréquente, la tumeur ne dépasse que rarement la grosseur d'un œuf de poule. La réductibilité, la consistance, l'état normal de la peau qui la recouvre, la font aisément reconnaître. Le taxis est, en général, facile à pratiquer et la her-

nie une fois réduite sera maintenue par un bandage en T comprimant fortement le périnée.

DE LA VULVITE

On désigne sous le nom de vulvite, l'inflammation des diverses parties que nous avons étudiées comme constituant cet ensemble auquel nous donnons le nom de vulve.

L'inflammation peut envahir toute la région, ou une de ses parties seulement.

Anatomie pathologique. — On a voulu diviser la vulvite en vulvite sébacée ou vulvite muqueuse, selon l'espèce de glande qui est atteinte. En général toutes les parties constituantes de la muqueuse participent à l'inflammation. Tantôt on observe sur la face interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres et le clitoris, un enduit blanchâtre au-dessous duquel on trouve les tissus rouges, hyperémiés, saignant au moindre contact.

Dans d'autres cas on voit s'écouler un mucus opaque, plus ou moins purulent, dont l'origine paraît être principalement dans le voisinage des caroncules myrtiformes. La muqueuse est également rouge, gonflée, infiltrée.

On observe souvent des pustules d'acné, ou des abcès furonculeux, dont le pus peut contracter une odeur fétide. C'est, du reste, là, un caractère assez fréquent de toutes les collections purulentes qui touchent aux organes génitaux. A la suite de la vulvite, on voit se développer des végétations de diverses formes, dont nous aurons à parler plus tard à propos des néoplasmes de la vulve. Ces végétations siègent indifféremment sur les petites lèvres, les caroncules, le méat. Souvent aussi la vulvite s'accompagne d'inflammations de la glande vulvo-vaginale ou de son canal,

sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre suivant.

L'adénite peut compliquer la vulvite la plus simple et ne doit pas être considérée comme un signe de la nature contagieuse de l'affection.

Symptômes. — La douleur éprouvée par les malades, l'aspect des organes et des produits qui s'en écoulent, caractérisent l'inflammation de la vulve.

On voit assez souvent, en particulier chez les enfants, des érosions d'aspect et de dimensions diverses, dont le nombre est également très variable. Tantôt d'un rouge vif et superficielles, ces érosions prennent, dans d'autres cas, une teinte grisâtre et entament plus ou moins le derme. Cette forme s'accompagne d'un écoulement purulent abondant, souvent d'œdème des lèvres et d'un certain degré d'adénopathie ganglionnaire. Tout ce cortège d'accidents pourrait faire croire à une lésion syphilitique, et nous insisterons sur cette importante question de diagnostic, à propos de l'histoire du chancre.

Complications. — Le *phlegmon* de la vulve n'est guère une conséquence de la vulvite. Il se montre plutôt après une blessure de la région et surtout à la suite des traumatismes amenés par l'accouchement.

La *gangrène* vulvaire s'observe principalement après l'accouchement. On a vu de véritables épidémies se produire ainsi sous l'influence de l'état puerpéral.

Quelques affections aiguës, les fièvres éruptives, le typhus, se compliquent assez souvent de gangrène de la vulve. Enfin celle-ci se développe spontanément chez les enfants, en particulier chez les enfants scrofuleux, sous une forme endémique, quelquefois épidémique. On a comparé, très-justement, ces accidents avec les faits du même ordre qui se passent du côté de la bouche, et on les a désignés sous le nom de *Noma vulvaire*. Chez les malades atteintes de diph-

térie, les fausses membranes se rencontrent assez fréquemment sur la muqueuse vulvaire. L'*œdème* des grandes lèvres s'observe le plus ordinairement à la suite des chancres, cependant il peut exister comme complication d'une vulvite simple. Chez les femmes enceintes, ou après l'accouchement, l'œdème se montre avec une assez grande fréquence.

Étiologie. — Beaucoup de causes diverses amènent la vulvite. L'absence de soins hygiéniques et de propreté suffit dans bien des cas. Il en est de même de l'écoulement de liquides altérés, de l'urine, du pus, dans les cas de fistules vésico ou rectovaginales. La masturbation, les traumatismes résultant d'excès de coït ou de tentatives répétées et incomplètes, sont également des causes de vulvite, Les éruptions des régions voisines, l'erythème de la face interne des cuisses, l'intertrigo, peuvent souvent se propager jusqu'à la vulve. C'est principalement chez les femmes chargées d'embonpoint que ces accidents s'observent; en particulier, à la suite de quelque fatigue, d'une marche exagérée surtout.

Les femmes enceintes et les enfants en sont assez fréquemment atteints. Chez ces derniers, la présence des oxyures peut être le point de départ de la maladie.

Le plus souvent l'inflammation est spécifique et consécutive à une infection blennorrhagique. Dans ce cas, elle est rarement limitée à l'orifice vulvaire, et se propage vers le vagin et l'urèthre. Un certain degré de vulvite accompagne également les lésions chancreuses; mais, dans ces conditions, elle ne s'étend pas à toute la muqueuse et se limite à une région seulement.

Traitement. — Dans presque tous les cas de vulvite simple, le repos, des bains, quelques lotions émollientes, constituent tout le traitement. Après la disparition des accidents les plus aigus, on pourrait avoir recours à des liquides rendus légèrement astringents, par l'addition d'une

petite quantité d'alun ou de tannin. Des onctions avec le glycérolé d'amidon, suivies d'application de poudre d'amidon, amèneront une sédation assez prompte des phénomènes inflammatoires. Dans la vulvite blennorrhagique, les pansements avec des poudres inertes, le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc, nous rendent journellement des services. On doit y ajouter des lotions fréquentes avec le coaltar, ou une préparation phéniquée. Si l'affection dure depuis un certain temps, on aura recours au badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent faible [1].

Dans les cas de gangrène, les pansements, souvent renouvelés, se feront au moyen de poudres de quinquina, ou d'un mélange de poudre d'écorce de chêne et d'acide phénique. La poudre d'iodoforme est aussi un excellent topique. On a conseillé, dans les gangrènes spontanées de la vulve chez les enfants (noma de la vulve), de cautériser les surfaces malades et un peu au delà, avec des acides forts tels que l'acide chlorhydrique.

L'œdème disparaît ordinairement avec les autres manifestations de la vulvite.

Pour l'œdème des femmes enceintes, on doit d'abord s'assurer de l'état des urines, pour savoir si elles ne contiennent pas d'albumine. S'il est dû à la compression exercée sur les vaisseaux par l'utérus gravide, la position horizontale amènera à elle seule une amélioration. On a pratiqué avec succès, dans ces cas, des mouchetures des grandes lèvres avec une lancette ou une aiguille. C'est là un moyen qui présente certains avantages. Il ne faut pas cependant y avoir recours à des périodes trop rapprochées l'une de l'autre, dans la crainte que les piqûres ne deviennent le point de départ d'un érysipèle.

[1] Eau distillée . . . . . 30 grammes.
Nitrate d'argent. . . . . 5 centigr.

AFFECTIONS DES GLANDES VULVO-VAGINALES[1]

Nous avons vu[2] qu'il existe de chaque côté du vagin, une glande de la grosseur d'une petite amande environ, dont le conduit excréteur, long de 2 centimètres, vient s'ouvrir en avant de l'hymen, vers la moitié de la hauteur de l'orifice vulvaire.

On observe des kystes siégeant dans le canal excréteur, ou une inflammation de ce canal. Dans d'autres cas, le kyste ou l'inflammation se localisent dans la glande elle-même. Enfin il peut y avoir une simple exagération de sécrétion des acini glandulaires. Nous allons rapidement passer en revue ces différentes affections.

Kystes par rétention du canal excréteur.

L'oblitération de l'orifice du canal excréteur se produit sous des influences variées. Le liquide sécrété peut s'accumuler, se dessécher, donner lieu à un véritable corps étranger. Le gonflement de la muqueuse vers le point où débouche le canal, la présence d'une végétation qui obstrue son orifice, sont également un obstacle à l'expulsion du liquide. On voit alors se former une tumeur atteignant les dimensions d'une noisette ou d'une noix et déprimant l'entrée du vagin (fig. 27). Cette tumeur est généralement indolente. Ce n'est qu'à la suite de rapprochements sexuels, ou d'une marche prolongée, que les malades accusent de la souffrance. Il n'y a ni rougeur, ni chaleur de la région; et si l'on presse sur la partie tuméfiée, on voit souvent sourdre, par l'orifice du canal, un liquide clair et transparent, pro-

[1] Nous avons cru préférable de grouper ces affections dans un chapitre distinct, quoiqu'elles touchent de bien près aux tumeurs vulvaires.

[2] Page 31.

duit normal de la glande. Avant que la tumeur soit visible on peut déjà constater par le toucher une petite tuméfac-

Fig. 27.— Kyste du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale remontant jusqu'au-dessus du niveau du méat urinaire dans lequel est introduite une sonde (d'après Huguier).

tion globuleuse située en arrière de la grande lèvre, entre l'entrée du vagin et la branche ascendante de l'ischion.

Abcès du canal excréteur.

Dans bien des cas, ces kystes par rétention arrivent à s'enflammer, et nous avons alors affaire à un abcès du canal excréteur. Souvent aussi, l'inflammation du canal est consécutive à une vulvite spécifique, et la blennorrhagie se localise et se perpétue dans ce point. C'est ainsi que des femmes, qui ne présentent plus de vaginite ni d'urèthrite, peuvent encore transmettre un écoulement amené par ce reste de la maladie. Il faut être bien prévenu de ces faits, pour se rendre compte de ces blennorrhagies contractées dans des rapports avec des femmes en apparence saines.

La tumeur formée par les abcès du canal présente les

mêmes caractères que nous avons signalés pour les productions kystiques. Seulement dans le cas d'inflammation, les téguments environnants sont rouges, chauds, douloureux, caractères inverses de ceux que l'on observe pour le kyste. Enfin le liquide qui s'écoule est du pus dans un cas, un liquide clair et limpide dans l'autre. C'est dans cette variété que les recidives sont le plus fréquentes.

Kystes de la glande.

La glande elle-même peut être le siège de kystes par rétention. Ceux-ci sont tantôt uniques à une seule loge, tantôt multiples.

Abcès de la glande.

On voit pour la glande comme pour son canal excréteur,

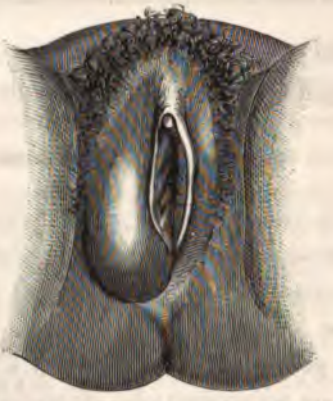


Fig. 28. — Abcès de la glande vulvo-vaginale (d'après Huguier).

les kystes par rétention donner lieu à une inflammation et à la formation d'un abcès (fig. 28).

Celle-ci peut également se propager du canal jusqu'à la glande.

Enfin l'inflammation glandulaire peut être primitive, sans

avoir été précédée ni d'un kyste ni d'une lésion du canal excréteur.

Elle donne lieu à des symptômes plus graves que lorsqu'elle n'intéresse que le canal. Les douleurs ischiatiques ou pubiennes, s'irradient du côté de la région périnéale ou dans la direction du rectum. Les moindres mouvements exaspèrent ces souffrances, qui s'accompagnent presque toujours de fièvre. Peu à peu l'inflammation gagne le tissu périglandulaire et finit par se faire jour du côté de la face muqueuse de la grande lèvre. Le pus contenu dans l'abcès contracte souvent une odeur fétide. Ces abcès, d'origine glandulaire, s'ouvrent quelquefois sur divers points plus ou moins rapprochés, et on peut alors rencontrer des pertuis multiples, communiquant les uns avec les autres par des trajets fistuleux. La cicatrice présente, dans certains cas, une disposition en entonnoir qui pourrait donner le change et faire croire à une lésion vénérienne.

Diagnostic. — On ne peut guère confondre un abcès de la glande vulvo-vaginale avec un abcès stercoral. La tumeur formée par ce dernier est diffuse, mal limitée, le pus est refoulé par la pression. Au contraire la tumeur résultant de la glande abcédée est limitée, non réductible, et présente une forme particulière.

Un abcès ossifluent sera généralement réductible. En outre, la quantité et la nature du pus qu'il contient sont différentes de celles que présente le contenu d'un abcès glandulaire.

On pourrait confondre un abcès de la grande lèvre avec l'affection dont nous nous occupons. Mais le premier envahit toute l'étendue de la lèvre, tandis que l'autre est limité à sa moitié postérieure et se porte vers l'orifice du vagin.

Les furoncles, par leur situation dans la peau ou le tissu cellulaire, ne seront pas confondus avec les lésions de la glande ou de son canal.

Si l'abcès ou le kyste sont situés dans le canal, la tumeur s'étend vers l'extrémité de la petite lèvre, qui présente elle-même une forme particulière. Si c'est la glande qui est atteinte, la tumeur est plus rapprochée de la branche de l'ischion, plus loin par conséquent de l'orifice du vagin.

Traitement. — Dans les kystes par rétention du conduit excréteur, il suffit souvent d'une légère pression pour déterminer la sortie du liquide et l'affaissement de la partie tuméfiée. On a conseillé, dans ces cas, le cathétérisme du canal. Mais cette manœuvre expose à transformer en abcès, ce qui n'était qu'un kyste.

Dans les formations kystiques de la glande, il vaut mieux exciser un lambeau de la tumeur et, après l'avoir vidée, badigeonner sa surface interne avec une solution de teinture d'iode ou de nitrate d'argent. Chez certaines malades, on voit le kyste se reproduire malgré ces moyens[1]. Dans ce cas, on peut recourir à l'extirpation de l'organe glandulaire. Pour cela, on fait une incision dans le pli qui sépare la grande de la petite lèvre, et on va à la recherche de la glande. Les deux écueils à éviter dans cette opération, sont, d'un côté la lésion du bulbe du vagin, de l'autre la blessure de l'artère transverse du périnée.

Les abcès du canal excréteur guériront presque toujours sous l'influence du repos et des cataplasmes, si le pus s'écoule par le canal.

Pour les abcès de la glande, on devra inciser avec le bistouri dès qu'on percevra nettement la fluctuation. C'est vers la face interne de la grande lèvre, ou la partie infé-

[1] On a préconisé les injections de chlorure de zinc comme mode de traitement des kystes de la glande vulvo-vaginale. On injecte dans la cavité kystique quatre à cinq gouttes de la solution suivante :

Eau distillée.	5 grammes.
Chlorure de zinc	10 centigr.

rieure de la petite lèvre, que devra porter l'incision. Celle-ci devra être assez large, et la plaie pansée ensuite avec des tampons phéniqués.

Hypersécrétion de la glande.

La sécrétion de la glande vulvo-vaginale est peu abondante à l'état normal. C'est surtout sous l'influence des rapprochements sexuels qu'elle se produit en assez grande quantité. On la voit également augmenter au moment de la période menstruelle, et chez certaines femmes elle constitue les pollutions nocturnes.

Celles-ci peuvent prendre un caractère de fréquence tel. que les malades en éprouvent un sentiment de fatigue et un affaiblissement considérable. Quelquefois même, la sensation voluptueuse qui accompagne la pollution est suivie d'une douleur assez vive due, très probablement, à un spasme du muscle constricteur du vagin.

Le séjour peu prolongé au lit, l'administration du bromure de potassium ou du camphre, amèneront ordinairement la diminution de cette hypersécrétion momentanée des glandes de Bartholin.

PRURIT VULVAIRE

On désigne sous le nom de prurit vulvaire, une hyperesthésie de cette région se manifestant par des démangeaisons violentes, ou des sensations de cuisson, de brûlure vers les parties génitales. Quel que soit le genre de douleur accusé par les malades, ces troubles de la sensibilité amènent un désir immodéré de se livrer à des frottements rudes, de se gratter violemment. Pour certaines femmes, ce besoin est tellement impérieux, qu'aucune énergie, aucune force de volonté ne peut les en empêcher.

Anatomie pathologique. — On observe souvent dans le prurit vulvaire un état érythémateux des parties génitales. D'autres fois ce sont des éruptions papuleuses ou vésiculeuses. La peau est rugueuse, les papilles sont hypertrophiées. Aussi certains auteurs ont-ils considéré la couche papillaire comme étant le siège des lésions (Klebs).

On a également cherché à l'expliquer par une dilatation des vaisseaux lymphatiques contenus dans les papilles. Ces vaisseaux dilatés comprimeraient les terminaisons nerveuses, d'où excitation de certains nerfs sensitifs et sensations prurigineuses.

Chez ces malades, la vulve est rouge, tuméfiée; la face interne des grandes lèvres parsemée de taches rouges. Les follicules de la région font une saillie à la surface, ce qui lui donne un aspect chagriné. Très-souvent ces lésions s'accompagnent d'intertrigo humide, avec sécrétion visqueuse.

D'autres fois, enfin, les altérations anatomiques manquent complètement ou échappent à nos moyens d'investigation. Car, chez des femmes affectées du prurit vulvaire le mieux caractérisé, on n'observe ni tuméfaction, ni sécrétion anormale, ni changement de coloration des téguments.

Les lésions que nous venons de décrire, rougeur, érosions, excoriations, peuvent être primitives ou consécutives : c'est-à-dire avoir été la cause du prurit, ou, au contraire avoir été amenées par les frottements répétés, les grattements continuels, auxquels se livrent les malades.

Enfin quand ces modifications sensitives sont liées à une affection de voisinage, urèthre, vessie, utérus, vagin, on constate des altérations variées de ces divers organes.

Symptômes. — L'intensité des sensations prurigineuses diffère, non-seulement d'un sujet à l'autre, mais encore d'un moment à l'autre. Tantôt presque continu et présentant des

exacerbations, tantôt ne revenant qu'à certaines heures, le prurit revêt même quelquefois une forme intermittente, c'est-à-dire qu'il ne se produit que tous les deux ou trois jours. Beaucoup de femmes ne sont atteintes qu'aux époques menstruelles, et souvent ce phénomène n'acquiert pas des proportions suffisantes, pour qu'on demande les conseils du médecin.

Le prurit peut se limiter à la vulve, ou se propager au vagin et jusqu'au col de l'utérus. Les frottements répétés dans la région vulvaire sont une cause de masturbation, surtout chez les jeunes sujets. Le sommeil est souvent empêché par ces démangeaisons qui peuvent devenir atroces. Il résulte quelquefois de ces excitations diverses et exagérées du système nerveux, des troubles de la santé générale, des phénomènes hystériformes, une disposition à l'hypocondrie ou à la mélancolie.

Les souffrances des malades sont exaspérées par diverses causes. Parmi les principales, nous pouvons citer le séjour au lit, la chaleur, une marche prolongée. Les rapprochements sexuels ont une action très-variable. Amenant un soulagement aux souffrances de certaines malades, il les exaspèrent chez d'autres.

Étiologie. — Le prurit vulvaire est très-souvent symptomatique d'une maladie de la vulve, du vagin ou de l'utérus. Les affections de la vessie, les végétations ou les polypes de l'urèthre, le déterminent également.

On le rencontre aussi chez les diabétiques, lié au développement des champignons qui se trouvent au voisinage de l'urèthre et plus particulièrement autour et derrière le prépuce du clitoris et entre les lèvres. Ce prurit intense a pu faire reconnaître un diabète ignoré jusqu'alors.

Enfin la grossesse entre pour une grande part dans l'étiologie de ces manifestations prurigineuses.

Dans certains cas, elles existent sans aucune lésion des organes voisins et constituent à elles seules toute la maladie. C'est principalement chez les femmes arrivées à l'époque de la ménopause, que se manifestent ces formes protopathiques. On a fait jouer un rôle considérable à la diathèse arthritique, dans la production de ces accidents[1].

Les parasites des organes génitaux donnent également lieu à des démangeaisons. C'est ainsi que, chez les enfants, la présence des oxyures qui passent de l'anus à l'ouverture vulvaire amène un véritable prurit. Il n'est pas difficile, dans ces cas, de constater l'existence des parasites.

Pronostic. — Quoique ne présentant pas de gravité par elle-même, cette affection est souvent appelée à attirer sérieusement l'attention du médecin par les souffraces qu'elle cause aux malades. En outre, comme nous l'avons vu, elle peut, surtout chez les enfants, conduire à des habitudes de masturbation, et produire, à la longue, des troubles du système nerveux compromettant l'état de la santé générale.

Le pronostic du prurit vulvaire dépend beaucoup de sa cause. S'il est consécutif à une affection de la vulve, il guérit avec plus de facilité que s'il est lié à une métrite chronique, cette dernière variété serait, d'après Gallard, une des formes les plus rebelles[2].

Traitement. — On a préconisé de nombreux traitements contre le prurit vulvaire. Si les démangaisons sont symptomatiques d'une des maladies que nous avons passées en revue à propos de l'étiologie, il ne faut pas se contenter de traiter la lésion locale, on doit s'adresser en outre à l'organe voisin, première cause des accidents.

Tandis que pour certains auteurs cette affection serait

[1] Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*, t. II, p. 316.
Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873, p. 436.

rebelle et très tenace, pour d'autres, au contraire, le succès serait presque assuré dans la majorité des cas, avec un traitement bien dirigé. On obtiendra de bons résultats des badigeonnages avec divers liniments ou solutions dont on pourra varier les formules [1].

Quel que soit le médicament qu'on ajoute à l'eau destinée aux lotions, on doit surtout recommander de les faire avec le liquide aussi chaud que la malade pourra le supporter.

Dans certains cas rebelles, on aura recours à une cure par des eaux minérales faiblement minéralisées, telles que Saint-Sauveur, les Eaux chaudes, quelques sources de Cau-

[1]

LINIMENT.

Chloroforme	3 grammes.
Huile d'amandes douces	20 —
Huile de cade (vraie)	20 —
Laudanum	1 —

Agitez.

MIXTURE.

Extrait d'opium, Extrait de belladone, āā	0,20 centigr.

Dissoudre dans la plus petite quantité d'eau possible.

Bromure de potassium	2 grammes.
Glycérine (pure)	30 —

SOLUTIONS.

Bichlorure d'hydrargyre	0,30 centigr.
Eau distillée ou filtrée	300 grammes.
Alun	20 —
Glycérine (pure)	100 —

Acide phénique cristallisé	1 gramme.
Acide thymique	2 —
Alcool	10 —
Eau	200 grammes.

Chlorhydrate de morphine	0,50 centigr.
Borate de soude	10 grammes.
Eau chloroformisée (saturée)	300 —

On peut aussi employer le nitrate d'argent, soit en passant légèrement le crayon sur les parties atteintes, soit en se servant d'une solution au 10me appliquée au moyen d'un pinceau.

terets; ou bien Amélie, Aix, Saint-Gervaix, Schinznach. Pour les malades qu'on ne pourrait pas envoyer aux eaux, les bains artificiels alcalins sulfureux seront appelés à nous rendre des services[1].

Dans les cas de prurit causé chez les enfants par les oxyures vermiculaires, il suffira d'introduire le soir pendant deux ou trois jours une mèche enduite d'onguent mercuriel de glycérine phéniquée, ou d'administrer des lavements frais avec une infusion de tanaisie.

DE LA COCCYGODYNIE

On désigne sous le nom de *coccygodynie* une affection de la région coccygienne, sur laquelle Simpson a tout particulièrement appelé l'attention.

Anatomie pathologique. — On a évidemment décrit sous ce même titre des affections de nature variable. C'est ainsi qu'on a trouvé des lésions du périoste ou de l'articulation sacrococcygienne, une mobilité anormale, une longueur exagérée du coccyx[2].

Symptômes. — Cette affection est caractérisée par une douleur limitée au coccyx, ou du moins ayant son maximum sur ce point et s'irradiant de là plus ou moins loin. Le toucher rectal permettra de mieux apprécier le siège de cette douleur. Très-variable d'une malade à l'autre, elle acquiert, chez certaines femmes, une telle intensité, qu'on l'a comparée à une névralgie dentaire. La pression sur le coccyx, les mouvements exécutés pour se lever ou pour s'asseoir, la marche, les efforts de défécation, l'exaspèrent.

[1] 150 grammes de sous-carbonate de soude et 15 grammes de polysulfure de sodium pour chaque bain.

[2] D'après Luschka, la glandule coccygienne pourrait être le siège de la coccygodynie (*Archiv de Virchow*, 1860).

On a cité des cas où les rapprochements sexuels avaient été rendus impossibles

On voit ces accidents persister pendant des années avec des alternatives d'amélioration ou d'exacerbation, et présenter quelquefois une grande résistance à tous les traitements.

Étiologie. — C'est surtout après l'accouchement qu'on a observé des cas de coccygodynie, principalement après les accouchements laborieux ayant nécessité des manœuvres, des applications de forceps. Cette affection se rencontre également en l'absence de tout traumatisme, chez des femmes vierges[1] et chez des enfants[2]. On a aussi invoqué l'action du froid, l'abus de l'équitation (Scanzoni).

Ces manifestations douloureuses peuvent être causées par des hémorrhoïdes, ou par une névralgie réflexe dépendant d'une affection utérine.

Traitement. — On a essayé inutilement, contre la coccygodynie, les émissions sanguines et les vésicatoires. Les injections de morphine ont été employées avec des résultats plus favorables.

Dans certains cas où tous les traitements avaient été inutiles, on en est arrivé à pratiquer avec succès la section sous-cutanée des muscles qui s'insèrent sur le coccyx. On a également publié des observations, dans lesquelles la guérison n'a été obtenue que par l'extirpation de l'os lui-même.

ÉRYSIPÈLE DE LA VULVE

L'érysipèle de la vulve ne présente pas de caractères particuliers à cette région. Il dépasse quelques fois la vulve et s'étend jusqu'au fond du vagin.

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 1182.

[2] Beigel, *die Krankheiten der weiblichen Geschlechtes*, Stuttgart, 1875, t. II, p. 684.

La présence de liquides irritants, principalement dans les cas de fistules vésico ou recto-vaginales, peut amener le développement d'un érysipèle. Cette affection se montre assez fréquemment chez les enfants, surtout s'il sont scrofuleux, mal nourris et dans de mauvaises conditions d'hygiène. Chez le nouveau-né, c'est tantôt la vulve, tantôt la plaie du cordon ombilical, qui en est le point de départ. Cet érysipèle des nouveau-nés présente une gravité exceptionnelle et se termine le plus souvent par une péritonite rapidement mortelle.

Chez les femmes pubères, on observe quelquefois au moment des règles, des poussées érysipélateuses qui disparaissent avec elles, pour se montrer de nouveau à la période menstruelle suivante.

Traitement. — Le traitement de l'érysipèle de la vulve sera le plus souvent expectant, comme celui de cette même affection se développant dans d'autres régions. On se bornera à des applications locales[1], dans le but de calmer les douleurs.

Chez les sujets débilités, scrofuleux, le quinquina, l'huile de foie de morue trouvent leurs indications.

[1] Enduire de glycérolé d'amidon les parties malades, saupoudrer ensuite avec la poudre composée suivante :

Oxyde de zinc.
Quinquina pulvérisé. } aa P. E.
Amidon.

ou badigeonner fréquemment à l'aide d'un pinceau avec

Camphre.	30	grammes.
Éther.	60	—

ou bien,

Essence de térébenthine.	20	grammes.
Huile d'amandes douces.	20	—
Éther.	60	—

ECZÉMA DE LA VULVE

L'eczéma de la vulve présente les diverses formes de cette affection, telle qu'on l'observe sur les autres points de l'économie. On peut le diviser en aigu et chronique.

Eczéma aigu.

La forme aiguë est remarquable par son début brusque et par la marche rapide qu'elle affecte. La première manifestation consiste en un sentiment de brûlure, bientôt suivie d'une tuméfaction et d'une coloration rouge des parties atteintes.

Sur ce fond d'un rouge sombre, se développent de nombreuses petites vésicules à contenu transparent.

L'existence de ces vésicules n'est pas toujours facile à constater. Il faut pour cela les regarder obliquement et au moyen d'un éclairage latéral. Ces poussées d'eczéma aigu s'accompagnent presque toujours d'un léger état fébrile et de quelques troubles gastriques, dans les premiers jours. C'est ordinairement par les grandes lèvres considérablement œdématiées, que débute l'eczéma vulvaire. Du troisième au cinquième jour, la douleur, la rougeur, le gonflement des parties atteintes commencent à diminuer. Le liquide sécrété forme des croûtes sur leur surface cutanée. C'est alors que les malades sont tourmentées de démangeaisons, quelquefois insupportables. Cette forme dure ordinairement de huit à quatorze jours. Si la guérison se fait plus longtemps attendre, c'est qu'alors l'eczéma tend à passer à l'état chronique.

Diagnostic. — Le *diagnostic* n'offre ordinairement aucune difficulté. La présence de nombreuses vésicules trans-

parentes, reposant sur des tissus rouges et enflammés, ne peut laisser aucun doute sur la nature de l'affection.

Pronostic. — Le *pronostic* est bénin et n'acquiert une certaine gravité que dans les cas de passage à l'état chronique.

Étiologie. — L'eczéma des organes génitaux, assez fréquent chez l'homme, est au contraire peu commun chez la femme.

C'est surtout sous l'influence de la grossesse qu'on le voit se développer.

Traitement. — Le traitement consitera, tout simplement, dans l'application de cataplasmes de fécule. On pourra, en outre, saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon ou d'oxyde de zinc.

Eczéma chronique.

C'est la forme d'eczéma chronique désignée sous le nom d'*eczéma rubrum*, que l'on observe le plus souvent sur les organes génitaux de la femme (Hébra). Comme pour l'eczéma aigu, ce sont, en général, les grandes lèvres qui sont primitivement atteintes. De là l'éruption s'étend souvent du côté du pubis, des plis génito-cruraux et de la face interne des cuisses.

L'envahissement de la muqueuse n'a lieu qu'à la longue, et ce n'est que dans des cas anciens et mal traités, qu'on voit l'éruption se continuer jusque sur les parois du vagin. Il se produit alors une suppuration abondante et un œdème douloureux des petites lèvres, qui pourraient donner lieu à une erreur d'interprétation et faire croire à une affection blennorhagique.

Dans des cas légers, on peut confondre l'eczéma avec le prurit vulvaire, simple, ou compliquant une affection de l'utérus ou de ses annexes.

On voit souvent coéxister avec l'eczéma vulvaire chronique, les mêmes altérations du côté du périnée et de l'anus. Il se forme alors dans la région périnéale des fissures profondes, comparables à celles qu'on observe dans l'eczéma des mains. Par ces fissures s'écoule un suintement constant, et les malades sont tourmentés par des douleurs et des démangeaisons.

Traitement. — Le traitement de l'eczéma chronique doit débuter par l'application de topiques émollients (cataplasmes de fécule), pour faire tomber les croûtes. Après cela, et dans les cas anciens surtout, on se trouvera bien de l'emploi de l'huile de cade associée à parties égales d'huile d'amandes douces. On a conseillé aussi l'usage des fomentations avec une solution de potasse caustique à 1/300 (Hildebrandt). Les fomentations seront continuées d'une demi-heure à une heure.

HERPÈS DE LA VULVE

L'herpès est caractérisé par de petites vésicules à contenu transparent, réunies et disposées en groupes. Ces amas, de vésicules sont tantôt uniques, tantôt multiples.

Il existe une forme d'herpès, assez rare, il est vrai, mais très réelle, dont nous jugerons toute l'importance quand nous aurons à nous occuper du diagnostic du chancre. Cet herpès solitaire (Fournier) n'est constitué que par une érosion unique, présentant quelquefois une étendue assez considérable.

Symptômes et marche. — Les vésicules de l'herpès se produisent subitement, tantôt sans aucun prodrome, tantôt et le plus souvent précédées d'une sensation de chaleur, de brûlure. Leur durée ne se prolonge pas au delà de quelques jours.

Si elles n'ont pas été déchirées, elles se dessèchent, forment une croûte mince qui tombe bientôt, en laissant au-dessous la peau saine ou légèrement rouge. Si les malades se grattent, on observe alors une surface excoriée, à couleur blanc grisâtre, revêtant l'aspect d'une véritable ulcération, souvent difficile à distinguer d'un accident spécifique. Nous exposerons avec plus d'avantages les caractères qui permettent de différencier les deux lésions, quand nous aurons fait l'histoire du chancre.

L'herpès est une affection à marche généralement rapide, qui évolue en peu de jours. Il faut cependant être prévenu que, dans certains cas exceptionnels, il met plusieurs semaines à accomplir son évolution.

Cette affection a un grande tendance à la récidive, et souvent on la voit reparaître cinq ou six fois par an. Certaines femmes en sont atteintes à chaque période menstruelle.

Traitement. — Le traitement de l'herpès est absolument expectant. L'emploi des différentes pommades, des divers topiques, ne fait que retarder, dans la plupart des cas, la disparition de l'éruption. Quelques bains, quelques lotions pourront être utiles pour calmer le sentiment de chaleur qui existe chez beaucoup de malades.

De tous les moyens employés pour empêcher la réapparition de l'herpès, les bains sulfureux paraissent être celui qui a donné le plus de succès.

LUPUS OU ESTHIOMÈNE DE LA VULVE[1]

On a donné le nom de lupus ou d'esthiomène de la vulve (Huguier) à une affection à manifestations variables, se pro-

[1] Esthiomène de ἐσθίειν manger, ronger.

duisant sous forme d'ulcérations ou d'hypertrophie de certains points de la région vulvo-anale.

Anatomie pathologique. — L'aspect à l'œil nu des parties atteintes d'esthiomène diffère selon la variété qu'on observe. Tantôt on voit des ulcérations s'étendant en surface, tantôt, au contraire, gagnant en profondeur, et entourées de tissus indurés, épaissis, souvent très augmentés de volume. Les tumeurs ainsi formées sont en général irrégulières, mamelonnées, colorées en rouge violacé.

Au point de vue histologique, des lésions de nature variable paraissent pouvoir donner lieu à des apparences cliniques à peu près identiques, et il est bien probable, d'après les recherches les plus récentes, qu'on a confondu sous le nom d'esthiomène des affections très différentes. Dans certains cas il y a des altérations comparables à celles qu'on a signalées dans l'éléphantiasis (Renaut) : infiltration du tissu conjonctif par des éléments embryonnaires, dilatation des vaisseaux lymphatiques[1]. On a également décrit, comme lésions du lupus, une infiltration des tissus par des amas de globules blancs (Volkmann, Debove)[2].

Dans d'autres cas, l'examen microscopique a permis de constater l'existence d'un épithéliome tubulé, chez des malades qui avaient présenté pendant leur vie les symptômes de l'esthiomène[3]. Comme on le voit, bien des points restent encore obscurs dans l'anatomie pathologique de cette affection.

Symptômes, marche. — On peut diviser l'esthiomène, au point de vue clinique, en deux espèces principales : 1° la forme ulcéreuse, et 2° la forme hypertrophique.

[1] Voyez à ce sujet un examen histologique, fait par Cornil, de pièces provenant d'une malade de Bernutz (*Archives de tocologie*, t. I, p. 412).

[2] *Société anatomique*, 1874, p. 237.

[3] Cornil, *Société anatomique*, 1874, p. 231.

1° *Forme ulcéreuse.* — La forme ulcéreuse présente elle-même plusieurs variétés.

Dans une première variété (*esthyomène érythémateux*), l'ulcération a une tendance à s'étendre en surface. Les tissus sont colorés en rouge sombre, comme dans le lupus de la face. C'est surtout dans les parties de la région vulvo-anale recouvertes de peau que cette variété se rencontre, contrairement à d'autres, comme nous le verrons plus loin. Souvent il se produit à la surface des parties envahies, des saillies mamelonnées, plus ou moins arrondies, ayant la même coloration que les tissus sur lesquels elles reposent (*esthyomène tuberculeux*).

Les dimensions de ces sortes de tubercules cutanés, quoique très inconstantes, ne dépassent guère celle d'une pièce d'un franc. Leur consistance est molle, et la peau qui entoure les points malades paraît absolument saine. Ces petites tumeurs peuvent se confondre par leurs bords et former ainsi des masses plus considérables qui se ramollissent et s'ulcèrent vers leurs parties centrales. L'ulcération ainsi produite est remarquable par ses bords irréguliers (ulcérations serpigineuses d'Huguier), taillés en biseau et obliquement, et non décolés et taillés à pic. Sa surface présente tantôt une teinte blafarde, tantôt une couleur violacée.

Un autre caractère curieux de ces lésions, c'est la facilité avec laquelle elles guérissent d'un côté pendant qu'elles s'étendent d'un autre, pour envahir de nouveau, au bout de quelque temps, les points où elles siégeaient d'abord.

Dans une autre variété (*esthyomène perforant*), ce sont les parties de la région vulvo-anale, recouvertes par la muqueuse ou qui s'en rapprochent le plus, qui sont ordinairement atteintes. Ici, l'ulcération, au lieu d'avoir une tendance à s'étendre superficiellement, amène au contraire une destruction profonde des tissus. Sa surface jaune grisâtre, ou

rouge violacé, est revêtue d'une mince pellicule. Autour d'elle, les tissus s'hypertrophient et il faut souvent écarter les parties ainsi hypertrophiées pour apercevoir, profondément située, la solution de continuité. La destruction des tissus progresse, quoique lentement, et donne lieu à des pertes de substances d'une assez grande étendue. Les végétations qui se développent dans le voisinage des points ulcérés ont une teinte luisante, une couleur violacée ou lilas, qui les différencient des végétations d'une autre nature.

2° *Forme hypertrophique.* — Dans la forme hypertrophique ou éléphantiasique, l'augmentation de volume des

Fig. 29. — Esthiomène perforant et hypertrophique de la vulve et de la région anale (d'après Huguier).

tissus prend des proportions considérables (fig. 29). Ce sont, le plus souvent, les petites lèvres, le capuchon du clitoris, sur lesquels porte l'hypertrophie. Ces régions peuvent atteindre jusqu'à quatre et cinq fois leurs dimensions normales.

Les parties ainsi augmentées de volume sont rouges, ten-

dues, présentant la consistance d'un œdème dur. Leur face interne est glabre, polie, luisante ; leur face externe comme chagrinée. Dans les cas datant déjà d'assez longtemps, il se produit à la surface des régions ainsi atteintes, des végétations arrondies, mamillaires (fig. 30), semblables à celles que nous avons signalées dans les formes précédentes.

Fig. 30. — Dessin de la même maladie fait vingt-deux jours après le premier.

(Les grandes lèvres, déjà moins volumineuses, laissent voir l'état des nymphes et du prépuce du clitoris (d'après Huguier.)

Les variétés de l'esthiomène que nous venons de décrire peuvent se rencontrer isolées et indépendamment l'une de l'autre. Dans bien des cas, elles se montrent conjointement, et nous avons affaire alors à une série de formes intermédiaires ou mixtes.

Le liquide sécrété par les ulcérations consiste plutôt en une espèce de sérosité qu'en un véritable pus.

Les malades n'accusent pas de grandes souffrances. C'est plus souvent d'un sentiment de gêne, surtout causé par l'aug-

mentation de volume des parties, ou d'un certain degré de chaleur, de cuisson, que d'une douleur véritable, dont on les entend se plaindre.

Diagnostic. — Les formes ulcéreuses peuvent être confondues avec un chancre phagédénique. L'ulcération chancreuse présente un fond grisâtre, pultacé, différent du fond rouge violacé de celle de l'esthiomène. Le chancre phagédénique a une marche promptement envahissante et ses bords sont entourés de tissu sain. L'autre, au contraire, a une marche lente, le tissu qui l'entoure est épaissi et forme comme un bourrelet d'un rouge sombre.

La différence de coloration sera encore un signe important du diagnostic entre l'esthiomène et une syphilide tuberculeuse.

En effet, les lésions syphilitiques siègent sur un fond d'un rouge cuivré, dont la teinte est bien différente de la couleur violacée que nous avons si souvent signalée dans le lupus vulvaire.

Le diagnostic de l'esthiomène et du cancer présente des difficultés d'autant plus grandes, que certaines formes d'épithéliomes tubulés, comme nous l'avons vu à propos de l'anatomie pathologique, peuvent revêtir une marche clinique à peu près identique. Et évidemment les affections qui sont histologiquement des épithéliomes, doivent être rangés dans la grande famille clinique des cancers[1]. Cependant les formes les plus ordinaires de ces dernières affections pourront être distinguées du lupus de la vulve, par leur marche généralement plus prompte, par la nature de l'écoulement, plus abondant, plus sanieux et plus fétide dans l'un que dans l'autre. Les ganglions lymphatiques

[1] Nous reviendrons plus longuement sur ce point quand nous traiterons du cancer de l'utérus.

sont plus développés dans le cancer. Enfin, tandis que l'esthiomène ne donne lieu, dans le plus grand nombre des cas, qu'à une douleur nulle ou peu intense plutôt comparable à une sensation de cuisson, les lésions cancéreuses entraînent presque toujours à leur suite un cortège de souffrances vives, de douleurs lancinantes.

L'éléphantiasis, qui présente tant de ressemblance avec certaines formes de l'esthiomène, en diffère cependant sur quelques points.

Les parties hypertrophiées, dans l'éléphantiasis, n'ont que peu de tendance à s'ulcérer, et si une ulcération se produit sous l'influence d'un traumatisme ou d'un frottement, celle-ci ne possédera pas la propriété envahissante et destructive qui caractérise le lupus. En outre, les tissus hypertrophiés de l'éléphantiasis sont rarement indurés. S'ils le sont, c'est par îlots, d'une façon irrégulière et bien différente de ce que l'on observe dans toute l'étendue des points envahis par l'esthiomène. Les ganglions inguinaux toujours très augmentés de volume dans l'éléphantiasis quelquefois même au début, subissent peu de changements ou restent normaux dans le lupus vulvaire.

Pronostic. — Le pronostic de l'esthiomène est toujours grave. La forme perforante peut amener des pertes de substances suffisantes pour détruire des organes importants et pour entraîner la mort.

La durée de cette affection se prolonge pendant plusieurs années, jusqu'à huit et dix ans. C'est souvent par propagation du côté de l'intestin, ou par une péritonite, qu'elle amène une terminaison funeste.

Etiologie. — L'esthiomène est une affection rare, qui ne se rencontre guère que chez l'adulte. C'est entre vingt et trente ans qu'elle paraît avoir son maximun de fréquence.

C'est surtout chez des femmes scrofuleuses qu'elle a

été observée, quoiqu'on l'ait aussi vue apparaître en dehors de tout antécédent de ce genre, La plupart des auteurs la considèrent comme tout à fait indépendante de la syphilis. La grossesse et l'accouchement n'ont aucune influence sur son développement.

Dans un certain nombre de cas, on a constaté longtemps avant son apparition, de l'aménorrhée, des troubles de la menstruation qui redevint régulière après la guérison des accidents du côté de la vulve[1].

Traitement. — Le traitement diffère selon la forme de la maladie. Dans la variété ulcéreuse, il faut chercher à arrêter les progrès de l'ulcération. Pour atteindre ce but on a proposé la cautérisation profonde. Ce mode de traitement n'est applicable que dans les cas ou la lésion est peu étendue. On a employé, pour cet usage, la pâte au chlorure de zinc, ou la potasse caustique et c'est à cette dernière que nous donnons la préférence.

L'acide nitrique fumant[2], les solutions de nitrate d'argent[3] ont aussi leurs partisans. On a employé également des injections hypodermiques d'acide phénique, autour des points envahis. Des cas de guérison ont été observés à la suite de l'emploi quotidien d'une solution d'hydrate de chloral à 5/100

Si l'ulcération a pénétré à une certaine profondeur, les caustiques énergiques ne feraient qu'augmenter la perte de substance. Il faut alors avoir recours aux cautérisations superficielles avec la teinture d'iode. Des pansements répétés

[1] Hildebrandt, *loc. cit.*, p. 27.

[2] Pour employer l'acide nitrique fumant, il faut soumettre les malades à l'anesthésie chloroformique, porter ensuite sur la surface des points malades de l'ouate imbibée d'acide que l'on maintient pendant quelques minutes seulement. Les douleurs consécutives seront calmées au moyen de fomentations froides. Du reste ces douleurs ne durent que peu de temps.

[3] Pansements avec de l'ouate trempée dans une solution de nitrate d'argent à 1/150.

avec la poudre d'iodoforme ont également donné quelques succès[1].

Dans l'esthiomène éléphantiasique, il y aura souvent lieu de pratiquer l'ablation des parties hypertrophiées, comme le conseille Huguier.

M. Chéron a préconisé la pédiculisation des tumeurs (au moyen d'un instrument particulier, *forcipresseur à lames parallèles*), suivie de l'excision[2]. On a enfin essayé de les détruire au moyen de l'électroponcture. A ces modes de traitements locaux il faut toujours associer les modificateurs généraux. On ajoutera à une bonne hygiène et à une nourriture substantielle, l'usage de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, ou de l'iodure de fer. Nous croyons préférable, au lieu de réunir ces deux dernières substances, de donner séparément l'iodure de potassium et le fer. On peut également administrer l'iode sous forme de teinture[3].

Les eaux sulfureuses, les bains de mer, seront également indiqués dans le traitement de l'esthiomène.

ÉLÉPHANTIASIS DE LA VULVE

On désigne sous le nom d'éléphantiasis[4], un épaississement, une hypertrophie des téguments localisée sur différents points du corps. Cette affection, rare dans nos pays, envahit de préférence les membres inférieurs et les organes génitaux, la verge, le scrotum chez l'homme, les grandes lèvres, le clitoris chez la femme.

[1] Siredey, *Société médicale des hôpitaux*, séance du 22 juillet 1876.

[2] *Gaz. des hôpitaux*, 1876, p. 626.

[3] 5 gouttes de teinture d'iode deux fois par jour au moment du repas, dans de l'eau de riz.

[4] *Éléphantiasis des Arabes*, des anciens auteurs, qu'il ne faut pas confondre avec ce qui a été décrit sous le nom d'*Éléphantiasis des Grecs*.

Anatomie pathologique. — Les portions des téguments atteintes d'éléphantiasis sont pauvres en vaisseaux sanguins. Leur surface est brunâtre, rugueuse, inégale, couverte de végétations irrégulières. La peau fendillée, sillonnée en tout sens par de nombreuses crevasses, présente quelquefois des ulcérations superficielles. Celles-ci guérissent facilement, mais laissent à leur place des cicatrices indurées, calleuses.

Quoique les grandes lèvres soient le plus souvent atteintes, l'affection ne reste pas toujours bornée à cette portion des organes génitaux et envahit par ordre de fréquence, le clitoris, les petites lèvres, le périnée. Les grandes lèvres hypertrophiées forment des masses volumineuses, dépassant les dimensions d'une tête d'adulte. On les voit pendre jusqu'au milieu des cuisses, et atteindre le poids de 8 et 10 kilogrammes[1]. Les tumeurs ainsi constituées adhèrent par une large base aux tissus voisins, et ce sont ces formes diffuses qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer.

Quelquefois, cependant, les tumeurs se pédiculisent et prennent l'aspect de véritables polypes pendant à la vulve. Tantôt l'hypertrophie porte principalement sur le tissu cellulaire sous-cutané. Cette couche conjonctive, pauvre en vaisseaux, est imprégnée de liquide. Si l'on pratique une incision de ces tissus, on voit s'écouler par la plaie un liquide jaunâtre, spontanément coagulable, qui n'est autre que de la lymphe. La peau peut ne pas participer à l'hypertrophie, alors on n'y observe qu'un changement de coloration; elle devient pigmentée, brunâtre. Ou bien elle prend part à l'hyperplasie tégumentaire et devient rugueuse, ses papilles s'hypertrophient et donnent lieu à de véritables condylomes. La surface des tumeurs se divise en lobes

[1] Dans un cas de Bourguet (d'Aix), la tumeur extirpée pesait 8 kil. 700 gr.

et lobules, eux-mêmes recouverts de productions verruqueuses.

A l'examen histologique on observe trois formes principales[1] :

1° Dans la première, tout le derme hypertrophié revient à un état embryonnaire. Au milieu de ce tissu transformé, se produisent de vastes lacunes lymphatiques, comparables à celles qu'on rencontre dans les lymphangiomes.

2° Dans une seconde forme, qui succède souvent à des œdèmes répétés, l'engorgement des tissus s'étend sur une vaste surface. Il y a stagnation de la lymphe dans les capillaires, les troncs et les espaces lymphatiques. C'est surtout dans ces cas que les ganglions eux-mêmes sont atteints et subissent la transformation fibreuse.

3° La troisième variété est surtout remarquable par l'accroissement énorme de l'épaisseur du derme. Il existe ici une prolifération abondante des divers éléments constituants du derme, fibres conjonctives, fibres élastiques, fibres musculaires lisses. Comme dans les deux premières, on constate également dans celle-ci une dilatation notable des lymphatiques. On a aussi signalé l'oblitération des lymphatiques par prolifération endothéliale[2].

Quelques pathologistes ont fait jouer à la stagnation de la lymphe et à son abondance plus grande, un rôle important dans la pathogénie de l'éléphantiasis, comme pouvant amener par elle-même une hyperplasie des éléments qu'elle baigne. On a vu, dans certains cas, se produire des vésicules à la surface des tumeurs éléphantiasiques.

En résumé, quelle que soit la forme que l'on observe, la lésion anatomique constante et qui domine toutes les autres, c'est la dilatation des lymphatiques.

[1] *Manuel d'histologie pathologique*, de Cornil et Ranvier, 1876, p. 1191.
[2] Hildebrandt, *loc. cit.*, p. 30.

Symptômes, marche. — On a décrit dans l'éléphantiasis deux formes cliniques différentes. Une forme aiguë et une forme chronique. La première s'observe surtout dans les pays chauds, et c'est dans ces cas qu'on a signalé les lésions des ganglions lymphatiques précédant les premières manifestations de l'affection éléphantiasique. En Europe, c'est à peu près toujours la forme chronique qui se présente à notre observation.

L'éléphantiasis passe souvent inaperçu dans ses premières périodes. Tant que les tumeurs sont d'un petit volume, les malades n'accusent aucune souffrance ou bien quelques troubles de la miction.

Un peu de gêne dans la marche et dans les mouvements des membres inférieurs sont les premiers signes qui appellent leur attention. Déjà dans cette période incidieuse du début, les rapprochements sexuels deviennent douloureux. A mesure que le volume de la tumeur augmente, celle-ci gêne la marche par son poids, par les tiraillements qu'elle exerce sur les parties voisines. Les mouvements deviennent de plus en plus difficiles. Les malades maigrissent, perdent leurs forces et finissent par succomber dans le marasme. Plus souvent la mort est due aux progrès de la phthisie pulmonaire; dans quelques cas, au développement d'une péritonite. La marche de l'éléphantiasis est généralement lente et la maladie peut durer des années avant de porter atteinte à la santé générale.

Dans beaucoup de cas, on observe une sécrétion abondante à la surface des tumeurs. Les liquides ainsi produits irritent les parties voisines et amènent des inflammations, des excoriations souvent douloureuses. En outre, la stagnation des liquides cause leur putréfaction et leur fait contracter une odeur repoussante.

La menstruation est souvent troublée. C'est surtout l'amé-

norrhée que l'on observe. Il n'en faudrait pas conclure que ce soit là une cause absolue de stérilité, car il existe un certain nombre d'observations de femmes devenues enceintes, quoique atteintes d'éléphantiasis.

Chez quelques malades la tumeur se développe à la base de l'orifice uréthral.

On peut voir alors, presque dès le début de la maladie, l'urèthre entraîné en bas ne plus remplir son rôle physiologique; d'où une incontinence d'urine, qui présente tous les inconvénients et les accidents d'une fistule vésicale.

Les tumeurs éléphantiasiques ont peu de tendance à s'ulcérer spontanément. Quand elles s'ulcèrent, c'est presque toujours consécutivement à un traumatisme ou à des frottements. Les pertes de substance sont toujours superficielles et manifestent une grande tendance vers la guérison. Ce n'est que dans les périodes terminales, lorsque les malades tombent dans le marasme, qu'on voit les ulcérations révêtir un mauvais caractère.

Étiologie. — Rare dans nos climats, c'est surtout dans les pays méridionaux que l'éléphantiasis existe à l'état endémique. C'est en Égypte, au Brésil, aux Antilles, chez certaines peuplades de l'Afrique, qu'on l'a le plus souvent observée. Les inflammations chroniques de la peau peuvent en être le point de départ.

L'érysipèle, l'eczéma, la syphilis, ont été invoqués dans certains cas, quoique cette influence soit généralemen moins évidente pour l'éléphantiasis de la vulve que pour celui des membres. Un traumatisme a pu également être la cause occasionnelle de la maladie et l'hypertrophie tégumentaire a débuté, d'après quelques observations, immédiatement après le traumatisme[1].

Ni la grossesse, ni l'accouchement ne paraissent avoir

[1] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 725.

d'influence sur le développement et la marche de cette affection. Si, chez la femme gravide, les tumeurs peuvent prendre un accroissement plus considérable, à la suite de l'accouchement elles reviennent ordinairement à leurs dimensions premières. La tendance à la résorption qui s'observe après l'accouchement et qui nous est démontrée par la disparition de certains néoplasmes, par la cicatrisation rapide des plaies et des ulcérations surtout du côté des organes génitaux, cette activité de la propriété de résorption, disons-nous, ne semble pas s'étendre jusqu'aux tumeurs éléphantiasiques. En général, elles s'accroissent pendant la grossesse. On a, au contraire, cité des cas où elles avaient diminué de volume sous cette même influence. La phlegmasia alba dolens, l'hématome, les varices vulvaires, toutes affections qui compliquent souvent la gestation, ont paru être sans importance, relativement à l'étiologie de l'affection qui nous occupe.

Au moment de la période menstruelle, les tumeurs éléphantiasiques deviennent ordinairement plus grosses, plus tendues et souvent douloureuses. L'âge paraît avoir une certaine influence sur leur développement. On a cité des cas rares d'éléphantiasis congénitale. Mais, en somme, elle est exceptionnelle pendant l'enfance et la vieillesse, et se montre avec son plus grand degré de fréquence entre vingt et trente ans; du moins c'est ce qui ressort de la statistique publiée par Mayer[1].

D'énormes tumeurs éléphantiasiques ont été observées chez des jeunes filles à peine âgées de 17 ou 18 ans[2].

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile. Cepen-

[1] Louis Mayer, *Die Elephantiasis Vulvæ, Beiträge z. Geb. u. gynäk*, t. I, p. 503. Cet auteur a trouvé sur 37 cas analysés par lui, 4 avant 13 ans, 4 de 18 à 20, 18 de 20 à 30, 8 de 30 à 40, 3 de 42 à 58.

[2] Cas de Kiwisch et Scanzoni. Scanzoni, *loc. cit.*, p. 507. — Bourguet. *Gaz. des hôpit.*, 1867, p. 550.

dant, la forme végétante pourrait être confondue avec un amas d'excroissances simples, de condylomes de la vulve. L'état des tissus sur lesquels reposent les tumeurs permet de différencier les deux affections. Dans les cas de condylomes, les tissus sous-jacents ont leur consistance normale et ne présentent pas d'hypertrophie. Dans l'éléphantiasis, au contraire, ils sont toujours atteints au-dessous et dans l'intervalle des points tuméfiés.

Nous avons vu, à propos de l'esthiomène, que certaines formes de cette dernière affection pouvaient ressembler à l'éléphantiasis ulcérée. Comme nous l'avons dit, les ulcérations de l'esthiomène sont plus profondes, ont une tendance envahissante en surface ou en profondeur, contrairement à celles de l'éléphantiasis qui sont disposées à se limiter et à guérir spontanément.

Des éruptions confluantes de furoncles ne seront pas confondues avec l'éléphantiasis. Le furoncle s'abcède de dedans au dehors et produit des plaies circonscrites et profondes. L'ulcération éléphantiasique est toujours superficielle, ne s'ulcère que lentement et surtout dans des périodes avancées de la maladie.

Pronostic. — Le pronostic de l'éléphantiasis vulvaire n'est pas extrêmement grave. Quoique quelques cas soient suivis, à la longue, d'une terminaison funeste, la guérison est très fréquente, si le traitement est bien dirigé. On a vu, après une opération, les malades guéries au bout de quelques jours. Les récidives paraissent rares après l'extirpation des parties envahies. Tous les auteurs ne sont cependant pas d'accord sur ce point, et Scanzoni émet une opinion inverse[1].

Traitement. — Les divers modes de traitement proposés pour l'éléphantiasis des membres ne sont pas applicables

[1] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 508.

quand l'affection siège à la vulve. C'est ainsi que la ligature artérielle, la compression continue, ne peuvent guère trouver leurs indications dans l'éléphantiasis vulvaire. Les scarifications répétées sur les parties malades n'ont pas donné de succès. C'est en vain qu'on a eu recours aux modificateurs généraux, dits fondants, tels que le mercure et l'iodure de potassium.

Le traitement chirurgical est le seul sur lequel on ait le droit de compter, et ses résultats sont le plus souvent heureux.

Quand les tumeurs sont volumineuses, deux indications se présentent. D'abord enlever la tumeur; ensuite remédier à la perte de substance tégumentaire au moyen d'une opération autoplastique.

Pour en pratiquer l'ablation, nous avons à choisir entre plusieurs procédés. La ligature, la ligature suivie d'excision, l'excision par le bistouri, le galvanocautère, le thermocautère, l'écraseur ou l'anse galvanocaustique, ont été tour à tour mises en usage. Enfin, dans ces dernières années, on a appliqué à certains cas d'éléphantiasis la ligature élastique.

La ligature seule doit être absolument rejetée. Associée à l'excision, elle est indiquée dans les cas de tumeur pédiculée. Pour celles à large base, l'écraseur présente des dangers. Son action est alors difficile à limiter, et on a vu enlever par ce moyen, conjointement à la tumeur, une partie de la vessie[1]. Aussi devra-t-on lui préférer, ou l'instrument tranchant, en liant à mesure les vaisseaux qui se présentent, ou mieux encore le couteau galvanique ou le thermocautère, dont le grand avantage, si l'instrument n'est pas chauffé au delà du rouge, consiste à éviter les hémorrhagies.

[1] Cas de Bourguet, *loc. cit.*

TUMEURS DE LA VULVE

Kystes de la vulve[1].

La plupart des kystes de la vulve ont leur origine dans la glande vulvo-vaginale, ou dans son conduit excréteur, comme nous l'avons déjà vu. Il en existe cependant d'autres, tout à fait indépendants de la glande de Bartholin. Ces kystes, dont les bulletins de la Société anatomique possèdent plusieurs exemples, ne présentent pas d'indications particulières, nous renverrons pour leur traitement à ce que nous avons dit des kystes glandulaires[2].

Végétations de la vulve.

On rencontre souvent, sur les divers points de la vulve, des excroissances, des végétations, dont le nombre, la forme et les dimensions varient d'une façon notable.

Anatomie pathologique. — Parmi ces végétations, les unes sont pédiculées, les autres sessiles. Quelques-unes sont arrondies, divisées par de nombreuses anfractuosités en lobes et lobules, d'autres fois aplaties et dentelées sur leurs bords. Ces diverses apparences ont valu à ces néoplasmes les dénominations vulgaires de poireau, choux-fleur, crête de coq. Tantôt isolées et séparées les unes des autres, elles peuvent dans d'autres cas se rapprocher, se réunir et arriver à former des masses assez considérables pour atteindre les dimensions d'une tête d'adulte[3]. Elles présentent alors une grande ressemblance avec certaines

[1] Voyez à ce sujet Klob. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorganen.* Wien, 1864, p. 464.

[2] Voyez p. 52.

[3] *Schroeder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.* Leipzig, 1875, p. 504.

tumeurs éléphantiasiques. Leur couleur passe du blanc rosé à un rouge intense, quelquefois même au rouge violacé qui leur donne une certaine similitude avec les tumeurs érectiles. On les observe sur tous les points de la vulve. Les grandes et les petites lèvres, le clitoris et son capuchon, l'orifice vaginal près des caroncules myrtiformes, le méat urinaire, peuvent être également envahis. On en rencontre assez fréquemment vers l'anus. La muqueuse vaginale et le col de l'utérus en présentent aussi, mais plus rarement que la vulve.

Toutes ces tumeurs, quelle que soit leur apparence macroscopique, rentrent dans la classe histologique des *papillomes*, constitués par des papilles hypertrophiées donnant naissance à des divisions secondaires.

Si on pratique une coupe de ces néoplasmes, chaque papille présente une structure à peu près identique. Au centre se trouvent les vaisseaux, entourés d'une faible quantité de tissu conjonctif qui les sépare du revêtement externe, formé de nombreuses couches de cellules épithéliales pavimenteuses.

Symptômes. — Pour peu que les végétations soient volumineuses, elles amènent de la gêne dans la marche. Les malades ont de la peine à s'asseoir. Quelquefois ces productions deviennent tellement sensibles, que le moindre frottement cause des douleurs insupportables. Elles donnent lieu à l'écoulement d'un liquide qui, dans certains cas, exhale une odeur repoussante.

Elles ne présentent aucune gravité par elles-mêmes ; on les a cependant accusées de pouvoir produire l'avortement. Celles qui se développent sous l'influence de la grossesse disparaissent spontanément après l'acouchement.

Étiologie. — Beaucoup de médecins ont cru pendant longtemps que les végétations vulvaires étaient la consé-

quence d'une affection spécifique. Il est certain que dans le plus grand nombre des cas elles succèdent à un chancre, à des syphilides, ou à une infection blennorrhagique. Mais il est bien démontré aussi, qu'elles peuvent se produire en dehors de toutes les influences que nous venons de citer. Nous n'en voudrions d'autre preuve, que la fréquence avec laquelle on les observe, pendant la grossesse, chez des femmes qui n'ont jamais été atteintes d'aucune affection contagieuse. C'est surtout sous l'influence de la gestation, qu'elles acquièrent ces proportions considérables, que nous avons signalées. Il faut, cependant, que les liquides irritants, possèdent certaines qualités particulières dont la nature nous est inconnue jusqu'à présent, car la vulve est continuellement baignée par des écoulements purulents, venant du col utérin par exemple, sans que l'on observe aucune production de ce genre.

La transmission par contact des papillomes vulvaires n'a pas été suffisamment démontrée. Sans vouloir nous prononcer sur une question en litige, qui demande de nouvelles recherches, quelques faits que nous avons observés tendraient à nous faire admettre la possibilité de la contagion pour certains de ces néoplasmes[1].

Traitement. — Deux méthodes de traitement s'offrent au médecin pour obtenir la disparition des végétations vulvaires, l'excision et la cautérisation. Chacun de ces moyens présente des indications différentes.

Si les végétations sont peu nombreuses et pédiculées, le mieux sera de les exciser avec des ciseaux courbes, et de toucher ensuite la plaie avec le crayon de nitrate d'argent. Si les tumeurs, formées par ces amas de papillomes, atteignaient une certaine dimension, l'excision au

[1] Voyez à ce sujet les expériences de Kranz, Peters et Güntz. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1876, et *Centralblatt f. méd., Wissenschaften*, 1877, p. 48.

moyen des ciseaux, pourrait amener une hémorrhagie. Dans ces cas, on devrait avoir recours à l'écraseur, qui met à l'abri de l'hémorrhagie, surtout si l'on a soin d'opérer lentement (deux crans environ par minute).

Les cautérisations sont journellement employées pour la destruction de ces tumeurs. Celles obtenues au moyen du nitrate d'argent sont absolument illusoires et n'atteignent qu'une très-petite étendue de leur surface.

La sabine et l'alun, très vantés autrefois, ne nous ont donné aucun résultat dans les quelques cas où nous les avons essayés.

Il faut nécessairement user d'acides énergiques, l'acide acétique cristallisable, l'acide chlorhydrique fumant. L'acide chromique, qui présente de si grands avantages pour les ulcérations du col utérin, a pour les applications à la vulve, l'inconvénient de causer une douleur assez vive.

Quant au reproche qu'on a adressé à l'acide chromique d'amener des accidents d'intoxication, nous avons bien de la peine à l'admettre, surtout quand le liquide caustique est appliqué sur une petite étendue[1]. Comme nous le verrons à propos de la métrite, l'acide chromique est journellement mis en usage par beaucoup de gynécologistes, sans que ceux-ci aient jamais eu à constater le plus léger signe d'intoxication.

Quel que soit l'acide que l'on choisisse, il faut toujours avoir grand soin de protéger contre son action les parties voisines de celles qu'on doit cautériser.

Le traitement des végétations vulvaires devra être très réservé chez les femmes enceintes. On sait, en effet, que, quel que soit le volume qu'elles atteignent, la guérisson spontanée est la règle, peu de temps après l'accouchement.

[1] Voyez Rousseau, *Thèse de Paris*, 1878.

On devra donc, en général, s'en tenir à des palliatifs, lotions fréquentes, soins excessifs de propreté. Dans quelques cas, on a obtenu des résultats encourageants par des badigeonnages répétés plusieurs fois par semaine avec la solution arsénicale de Fowler.

Tumeurs fibreuses de la vulve.

On a vu des tumeurs fibreuses se développer sur divers points de la région vulvo-périnéale. C'est, le plus souvent, dans les grandes lèvres qu'elles ont leur point de départ. Leur forme et leur dimension sont très variables. On a observé quelques cas de ces tumeurs pédiculées, de façon à simuler de véritables polypes. Nous avons eu l'occasion de faire l'examen histologique de deux de ces productions, qui nous avaient été confiées par MM. Duplay et Desprès[1]. Dans les deux cas, on avait à faire à des fibro-myomes, dans lesquels les deux principaux éléments, fibres musculaires et tissu conjonctif, étaient distribués à peu près à parties égales. Les faisceaux de fibres musculaires lisses, dirigés un peu en tout sens, ne présentaient pas de disposition régulière autour d'un ou plusieurs centres, comme on l'observe si souvent pour les fibro-myomes utérins.

Les fibro-myomes vulvaires n'offrent pas d'indications particulières. Tumeurs essentiellement bénignes, leur ablation ne sera pratiquée que, quand par leur siège ou leur volume, elles seront une cause de gêne ou de souffrance.

[1] Pièces *B.* 6 et *B.* 122 de la collection du laboratoire d'histologie du Collège de France.

Lipomes de la vulve.

Les lipomes de la région vulvaire peuvent atteindre des dimensions énormes et être confondus avec les fibro-myomes ou l'éléphantiasis. La différence de consistance permettra de ne pas prendre un fibro-myome pour un lipome. Un caractère commun à ces deux espèces de tumeurs et qui les ditingue de l'éléphantiasis, c'est leur mobilité et leur indépendance relative des tissus voisin, d'où la possibilité de les limiter, contrairement à ce que l'on observe dans l'éléphantiasis.

Les quelques cas cités de productions calcaires ou ossiformes du clitoris[1] ne présentent pas grand intérêt clinique, et l'absence d'examen histologique empêche de connaître la nature de ces néoplasmes.

Cancer de la vulve.

Le cancer de la vulve est presque toujours consécutif à une affection du col utérin propagée jusqu'au vagin et à la vulve. Cependant, il existe des cas de cancer vulvaire primitif. D'après les statistiques de Virchow, Mayer, d'Espine, le rapport de fréquence entre la même affection développée primitivement à la vulve ou sur l'utérus serait de 1 sur 40. On a rencontré les différentes espèces de cancer, mais c'est l'épithéliome qui paraît se montrer le plus souvent dans cette région. Nous ne parlerons pas ici des caractères histologiques de ces diverses formes de tumeurs malignes, réunies sous la même dénomination clinique de *cancer*, nous réservant de revenir plus longuement sur cette intéressante question quand nous nous occuperons du cancer de l'utérus.

[1] Bartholin raconte l'histoire d'une prostituée vénitienne, dont le clitoris présentait une consistance osseuse, au point de blesser souvent les hommes qui avaient des rapports avec elle (Bartholin, *Hist. anat.*, cent. III, hist. 69).

Si la tumeur peut être enlevée dans toute son étendue et si elle n'a pas envahi le ganglions voisins, on doit en tenter l'ablation le plus tôt possible.

Varices de la vulve.

Anatomie pathologique. — Les varices de la vulve peuvent, surtout sous l'influence de la grossesse, acquérir un développement notable [1]. Les modifications subies par les veines sont les mêmes que dans n'importe quelle autre région, nous n'avons donc pas à nous en occuper ici et nous renvoyons aux traités généraux d'anatomie pathologique [2]. Quand il y a rupture et hémorrhagie, l'ouverture qui a donné issue au sang peut être tellement petite [3] qu'on ne puisse plus la constater à l'autopsie.

Symptômes, pronostic. — Les varices donnent souvent lieu à des démangeaisons. On les voit également s'accompagner d'œdème.

C'est surtout pendant la grossesse, que les varices vulvaires présentent de l'importance. Le moindre traumatisme peut en amener la rupture et causer une hémorrhagie grave et tellement abondante, qu'on a vu la mort des malades survenir en moins d'une heure. Lorsqu'une varice s'ouvre dans le tissu cellulaire de la grande lèvre, sans communication avec l'extérieur, il se forme un thrombus de la vulve, affection dont nous nous occuperons dans le chapitre suivant.

Outre les dangers immédiats causés par la rupture des veines variqueuses, celles-ci peuvent donner lieu, après l'accouchement, à de la phlébite, à des abcès des grandes lèvres, à des thromboses.

[1] Voyez le cas cité par Holden, *Immense vulval and vaginal varix, New-York med. record.*, 1868. — Anal., dans *Jahresbericht*, 1868, t. II, p. 607.

[2] Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 575.

[3] Cas de Hyde, *Transact. of the obst. Society of London*, 1870-1871.

Étiologie. — L'existence d'une tumeur du petit bassin, quelle que soit sa nature, peut être cause de varices vulvaires. Mais c'est surtout sous l'influence de la grossesse qu'on voit se développer cette affection, qui continue à subsister souvent, quoique avec des proportions moindres, après l'accouchement.

Traitement. — C'est principalement au traitement palliatif qu'on doit avoir recours dans les cas de varices vulvaires chez les femmes enceintes. Le point le plus important sera de protéger les parties malades contre tout traumatisme pouvant amener la rupture des veines variqueuses. On conseillera en outre la position étendue, afin de diminuer, le plus possible, la stagnation du sang dans les vaisseaux dilatés.

Dans le cas où une rupture aurait lieu, on doit placer les malades horizontalement, la tête basse, et opérer avec les doigts une compression continue jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait cessé de se produire.

Hématome ou thrombus de la vulve.

On appelle hématome ou thrombus de la vulve, un épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou sous-muqueux, de la région vulvo-vaginale.

Anatomie pathologique. — Sous l'influence de cet épanchement sanguin, on observe dans les grandes lèvres ou le vagin, plus rarement au périnée, une tumeur arrondie, variant de la grosseur d'une pomme à celle d'une tête d'adulte. C'est pendant la grossesse que ces tumeurs ont le plus de tendance à devenir volumineuses. Deux raisons se réunissent pour amener ce résultat. D'un côté la vascularisation plus considérable, d'un autre, la laxité plus grande des tissus qui entrent dans la structure des or-

ganes génitaux. A l'état de vacuité, au contraire, les tissus offrent une plus grande résistance, se laissent moins facilement distendre, d'où le volume moindre des tumeurs sanguines dans ces conditions. L'état du sang épanché diffère selon l'époque à laquelle on l'examine. Si la maladie dure depuis un certain temps, les parties liquides sont résorbées, et il ne subsiste plus qu'un caillot solide enkysté.

Symptômes. — Le développement de la tumeur sanguine se fait selon deux types différents. Ou bien la tuméfaction se produit tout d'un coup, ou bien, au contraire, ce n'est qu'un certain temps après le début des accidents qu'elle commence à se former et augmente peu à peu de volume. Les malades accusent une douleur assez vive, d'autant plus vive que l'épanchement sanguin est plus considérable et se produit plus vite.

L'hémorrhagie peut être assez abondante pour entraîner un danger immédiat. Si la tumeur n'est pas très volumineuse la résorption est le cas le plus fréquent.

Les gros hématomes présentent une autre cause de gravité. La compression exercée sur les tissus ambiants peut en amener la gangrène. A la suite de ce sphacèle, une hémorrhagie secondaire est à craindre, ainsi que l'infection putride. L'ouverture spontanée a également lieu sans que la gangrène intervienne. Ces cas peuvent se terminer favorablement, comme le prouve un certain nombre d'observations [1].

L'inflammation de la tumeur a été quelquefois le point de départ d'un abcès ou d'un phlegmon.

Diagnostic. — La présence d'une tumeur de la région vulvaire s'étant développée subitement sous l'influence

[1] Bailly *Gazette de hôpitaux*, 1874, p. 683.

d'un traumatisme ou d'un accouchement, présentant une coloration bleuâtre de la peau ou de la muqueuse qui la recouvre, doit immédiatement donner l'idée d'un hématomé. La consistance élastique, quelquefois même fluctuante, fixera encore mieux le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic de l'hématome vulvaire paraît être beaucoup moins grave qu'on ne l'avait cru pendant longtemps. Il résulte, en effet, des statistiques recueillies dans ces dernières années, que la majorité des cas se termine par la guérison. Ainsi, sur 120 observations rassemblées par Girard[1], il n'y a eu que 24 terminaisons fatales. La statistique de Winckel[2] est encore plus favorable, 6 morts sur 50 cas.

Le pronostic varie avec certaines conditions. Plus la tumeur est volumineuse, plus l'affection est grave. L'ouverture à l'extérieur de la collection sanguine rend le pronostic beaucoup plus fâcheux ; que l'ouverture ait lieu prématurément, ou à une période plus ou moins éloignée du début. Cependant, même dans ces circonstances, les malades peuvent guérir, le foyer bourgeonner et se cicatriser[3].

Si les tumeurs sont peu considérables, elles se résorbent le plus souvent. On en a vu disparaître ainsi, qui présentaient le volume du poing. Quand l'hématome se produit pendant le travail de l'accouchement, le pronostic est plus grave, que s'il se développe un certain temps après. C'est le second cas qui est, du reste, le plus fréquent[4].

Étiologie. — Nous avons vu que les varices de la vulve

[1] *Contribution à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin*, Girard, thèse de Paris, 1874 ; Ansl,, dans la *Revue des Sciences médicales*, t. V, p. 175.

[2] Cité par Schrœder, *Manuel d'accouchement*, trad. française, p. 714.

[3] Cas de Bailly, *loc. cit.*

[4] Girard, *loc. cit.*

pouvaient s'ouvrir dans l'épaisseur de la grande lèvre et donner lieu à un hématome. Mais ces conditions sont loin d'être nécessaires à sa production. Les dimensions et le nombre des vaisseaux qui existent normalement dans ces régions, chez les femmes enceintes, facilitent le développement de l'hématome, en l'absence de toute disposition variqueuse.

L'accouchement en est la cause la plus fréquente. Un traumatisme peut également amener cet accident, chez la femme à l'état de vacuité. On a même observé des thrombus vulvaires, résultant d'un effort violent, chez des femmes non enceintes. Ces derniers cas sont tout à fait exceptionnels[1].

Traitement. — L'hématome de la vulve, dans la plupart des cas, si son volume est peu considérable, doit être abandonné à lui-même, et toute intervention pourrait avoir le grave inconvénient d'en amener l'inflammation. Cependant si le thrombus est encore à la période de formation, et si ses dimensions continuent à s'accroître, on doit avoir recours aux applications froides, à la glace associée à une compression modérée. Si la tumeur est très développée, et que la peau soit menacée d'une rupture, on doit inciser. Plus on pourra attendre avant de pratiquer l'incision, et moins on sera exposé à voir se produire une hémorrhagie secondaire. Trois ou quatre jours après le début de l'affection sera l'époque le plus généralement indiquée pour intervenir. Après l'incision, on videra la cavité en retirant tous les caillots qu'elle contient et on employera des injections détersives avec une solution phéniquée. Les pansements seront faits avec de la charpie ou de l'ouate également phéniquées.

[1] Franque, Zwei Fälle von Thrombus labialis; *Memorabilien*, 1867. Analysé dans le *Jahresbericht*, 1867, t. II. p. 626.

Chancre simple de la vulve.

Anatomie pathologique. — L'évolution du chancre simple, ou chancre mou de certains auteurs, a pu être bien étudiée grâce à l'inoculation. Le lendemain de l'introduction du pus, on voit déjà se produire une aréole rouge sur le point inoculé. Peu à peu s'élève sur cette aréole une vésicule, prenant bientôt le caractère d'une pustule. Celle-ci se crève et, du troisième au quatrième jour, l'ulcération est constituée. Elle présente une forme arrondie, ses bords sont taillés à pic et décollés, c'est-à-dire s'avancent vers le centre sans adhérer aux tissus sous-jacents. Son fond est grisâtre ou jaunâtre et irrégulier. Les tissus sur lesquels elle repose sont mous, sans induration. Cependant sa base s'enflamme quelquefois et présente une certaine rénitence, comparable à ce que l'on observe autour d'un grand nombre d'ulcérations anciennes. La sensation qu'on perçoit dans ces cas, en saisissant les tissus entre le pouce et l'index, est très-différente de celle que donne le chancre syphilitique.

Le chancre mou peut siéger sur n'importe quel point de la vulve, la fourchette, l'entrée du vagin, les petites ou les grandes lèvres, le vestibule, le méat, quelquefois la marge de l'anus.

La lésion chancreuse est très rarement isolée. On en compte souvent 6, 8 sur une même malade. On en a même observé un nombre beaucoup plus considérable, jusqu'à 63 et 74 (Fournier).

L'état des ganglions est variable dans cette affection. Tantôt il n'y a aucun retentissement du côté de ces organes, tantôt, au contraire, on en rencontre un, rouge, enflammé et très augmenté de volume.

Symptômes, marche. — Sa sécrétion consiste en une vé-

ritable suppuration produisant un pus bien lié. L'engorgement ganglionnaire a une grande tendance vers la marche aiguë et suppure souvent, contrairement à ce qu'on observe dans le chancre infectant.

Le *phagédénisme* complique beaucoup plus fréquemment le chancre simple que le chancre syphilitique. On entend par phagédénisme, la propention à détruire les tissus voisins sur une grande étendue et dans un court espace de temps. Les accidents phagédéniques revêtent trois formes principales.

Tantôt la surface de l'ulcération se recouvre d'une couche grisâtre pultacée, d'une espèce de fausse membrane comparable à la pourriture d'hôpital. Dans d'autres cas, la gangrène des tissus s'étend très promptement de la surface ulcérée à toute la région voisine. C'est la variété qui marche le plus vite et qui offre par conséquent les dangers les plus grands.

Une troisième forme présente une disposition serpigineuse, c'est la moins grave de toutes.

Diagnostic. — Le chancre mou peut être confondu avec le chancre infectant, avec certaines syphilides, avec les lésions de la vulvite érosive, avec l'herpès. Les signes au moyen desquels nous pouvons le distinguer des manifestations syphilitiques seront exposés avec plus de profit, quand nous aurons décrit ces dernières.

L'érosion simple est plus superficielle, ses bords se continuent sans ligne de démarcation, jusqu'au fond de la perte de substance. En outre l'érosion disparaît le plus souvent en peu de jours, tandis que la durée de la lésion chancreuse est assez considérable.

Le diagnostic du chancre et de l'herpès est souvent embarrassant. Cependant les bords décollés, taillés à pic du premier, ne ressemblent pas à l'ulcération peu profonde

et taillée en biseau, du second. L'herpès présente, en outre, un aspect particulier résultant de la fusion de plusieurs vésicules pour constituer une seule ulcération. De telle façon que le contour de la perte de substance est formé par une série de petits segments de circonférences, dont la juxtaposition a été désignée sous le nom de contour festonné ou polycyclique. Quoique l'herpès puisse avoir un retentissement ganglionnaire, le bubon aigu est beaucoup plus fréquent dans le chancre que dans l'herpès.

Si, malgré tous ces caractères différentiels, des doutes subsistaient encore, on pourrait avoir recours à l'inoculation. Cette tentative doit être réservée pour des cas exceptionnels, et si on s'y décide, il faut détruire la lésion inoculée au moyen de la cautérisation, aussitôt qu'on aura pu constater ses caractères.

Pronostic. — Le pronostic du chancre simple est en général bénin. C'est là un accident tout à fait local et qui n'infecte en rien l'organisme.

La seule gravité de l'affection est celle qui résulte du phagédénisme. Les complications phagédéniques peuvent, en effet, détériorer les tissus dans une étendue considérable et entraîner un véritable danger.

On ne connaît pas les causes qui donnent lieu au développement du phagédénisme. Cependant on a observé que c'était principalement sur certains terrains que se montraient ces accidents. Une mauvaise hygiène, une constitution délabrée, l'absence de tout soin de propreté, entrent pour une grande part dans leur production.

Traitement. — Le traitement du chancre simple doit être surtout local. Des pansements avec la charpie sèche ou additionnée d'une poudre inerte, telle que l'oxyde de zinc ou le sous-nitrate de bismuth, suffiront en général pour en amener la cicatrisation. On y associera des lotions avec le vin

aromatique ou une solution phéniquée. Si les douleurs sont vives, on ajoutera l'extrait d'opium au liquide employé, à la dose de 1/50 environ.

Le fer et le quinquina à l'intérieur seront indiqués, surtout si l'ulcération commence à prendre un mauvais aspect, une couleur blafarde.

Quand le chancre se complique de phagédénisme, on doit chercher à arrêter les progrès du mal et à transformer la surface ulcérée. Pour cela, on aura recours aux cautérisations, soit avec le fer rouge, soit avec la potasse, si la région le permet. Quel que soit le caustique employé, il faut dépasser les limites de la lésion en largeur et en profondeur. Les applications d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* ont donné de bons résultats entre les mains de plusieurs médecins[1]. L'iodoforme présente de grands avantages dans le traitement du chancre compliqué ou non de phagédénisme. Cette substance, en effet, calme les douleurs et facilite la cicatrisation. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'en constater les heureux effets.

Chancre infectant de la vulve.

Anatomie pathologique. — Le chancre syphilitique peut se développer sur tous les points de la vulve. Cependant, certaines régions sont beaucoup plus souvent atteintes que d'autres[2].

Ce sont les grandes lèvres qui portent ordinairement l'accident initial de la syphilis.

[1] A. Guérin, *loc. cit.*, p. 35.

[2] Dans la statistique de M. Fournier, sur 249 chancres, 114 siégeaient sur les grandes lèvres, 55 sur les petites lèvres, 38 à la fourchette, 10 à la région clitoridienne, 9 à l'entrée du vagin, 7 au méat urinaire, 2 à la commissure supérieure de la vulve, enfin 13 sur le col de l'utérus et 1 sur le vagin (*Leçons sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, par A. Fournier, 1873, p. 69).

Celui-ci se présente, le plus fréquemment, sous la forme d'une érosion supportée par une nodosité circonscrite et indurée. Son aspect est très variable. Tantôt arrondi, circulaire, il est, dans d'autres cas, ovalaire ou plus ou moins allongé.

Ses dimensions sont généralement celles d'une pièce de 20 ou de 50 centimes. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il est réduit au diamètre d'une lentille, ou qu'il atteint les proportions d'une grosse amande.

Sa couleur est d'un rouge uniforme ou grise au centre et rouge vif sur les bords, très-rarement jaunâtre ou piquetée de brun. Sous l'influence de la grossesse il revêt cette teinte violacée qui est commune à tous les organes génitaux de la femme pendant la gestation.

Le chancre syphilitique présente plutôt les caractères d'une érosion que d'une ulcération. Ses bords sont au même niveau, ou plus élevés que les tissus sur lesquels il repose. Sa surface est lisse et unie. Quelquefois la partie centrale se déprime, se creuse d'une petite cavité peu profonde, et constitue ainsi ce que l'on désigne sous le nom de chancre à *forme ulcéreuse*.

L'accident initial de la syphilis est en général solitaire ; il est cependant quelquefois multiple, principalement chez la femme[1].

Symptômes. — Les manifestations qui accompagnent le chancre syphilitique ne sont nullement en rapport avec la gravité de la maladie elle-même, considérée dans son ensemble et dans son avenir. Lésion presque toujours indolente, ne donnant lieu qu'à une sécrétion peu abondante de sérosité plutôt que de pus, il n'est pas surprenant qu'elle

[1] Sur 203 cas, M. Fournier a rencontré 134 fois une lésion unique, 52 fois double, quelques cas de 2 ou 3 et un seulement de 6 chancres. Fournier, *loc. cit.*, p. 75.

passe si souvent inaperçue. Il n'y a de douleur que s'il existe des complications inflammatoires, ce qui est rare.

L'induration du chancre infectant existe aussi bien chez la femme que chez l'homme. Seulement, chez la femme, elle est quelquefois plus difficile à percevoir, impossible même dans certaines circonstances, à cause du point où la lésion est située. Ce caractère n'est cependant pas nécessaire et on le voit faire défaut dans un trentième des cas environ. Souvent l'induration s'étend assez loin et il faut alors beaucoup de soin et d'attention pour arriver à la percevoir.

C'est surtout dans les formes désignées sous le nom d'indurations parcheminées ou foliacées, qu'on doit avoir recours à cette recherche un peu minutieuse. Il faut pour cela saisir entre le pouce et l'index les téguments à une certaine distance de la lésion, et parallèlement à sa surface. On sent alors comme une feuille de parchemin ou de papier interposée aux deux doigts explorateurs, d'où l'expression de *parcheminée* ou *foliacée* appliquée à ce genre d'induration.

Peu de temps après l'apparition de l'accident initial, vers la fin du premier ou le commencement du deuxième septenaire, on constate un engorgement des ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région atteinte. Aussi, sont-ce ceux de la région inguinale qui sont malades, quand le chancre siége sur les organes génitaux externes. Les caractères de cette altération ont une importance capitale pour le diagnostic, comme nous le verrons plus loin. Rarement bornée à un ou deux ganglions, l'induration se montre sur un assez grand nombre d'entre eux, formant ainsi une série de petites tumeurs mobiles, roulant sous le doigt que l'on désigne sous le nom de *pléiade-ganglionnaire*.

L'hypertrophie qu'ils subissent n'est jamais très considérable et ne dépasse guère le double ou le triple de leur volume normal. Les tissus qui les entourent ne sont nullement altérés. La tumeur qu'ils forment est indolente et ne présente aucune tendance à se terminer par suppuration. Chez des sujets tout spécialement prédisposés, on peut voir des ganglions suppurer à la suite d'un chancre infectant. Mais encore, dans ces cas qui se rencontrent dans la proportion d'un à deux pour cent, surtout chez les sujets scrofuleux, le bubon une fois ouvert guérit avec facilité, ce qui le distingue de celui du chancre simple.

Complications. — Les complications les plus fréquemment observées, sont l'*inflammation* et l'*œdème*.

Quand le chancre s'enflamme, il devient douloureux. En même temps sa surface prend un aspect rouge livide ou noirâtre. Ou bien on y observe des points ecchymotiques, quelquefois des points gangréneux.

L'œdème des tissus environnants est un accident que l'on rencontre assez fréquemment. Souvent il attire l'attention des malades, beaucoup plus que le chancre lui-même qu'elles considèrent comme une écorchure sans importance. L'œdème, dans quelques cas rares, acquiert une dureté particulière qui lui donne une consistance sclé-reuse.

Ces deux complications ne présentent ordinairement aucune gravité. Le repos, quelques bains ou fomentations émollientes, suffiront, presque toujours, pour les faire disparaître.

Le phagédénisme n'accompagne qu'exceptionnellement les accidents syphilitiques de la femme.

Marche. — L'évolution du chancre nous est montrée dans tous ses détails, par l'étude de ce qui se produit après l'inoculation artificielle.

Ce n'est qu'un temps assez long après l'introduction du virus (de 25 à 26 jours en moyenne), qu'on voit apparaître les premiers vestiges de la lésion. C'est d'abord une papulle, une petite saillie rougeâtre, se transformant bientôt en une érosion superficielle. Celle-ci augmente peu à peu de volume, on perçoit à sa base un certain degré de rénitence, et elle aboutit à la formation d'un tubercule plat à base indurée.

Après être restée un certain temps stationnaire, la lésion commence à se cicatriser par ses bords et bientôt ne consiste plus qu'en une plaque d'un brun rougeâtre reposant sur des tissus épaissis. Cette induration elle-même, s'efface assez vite, sans laisser aucune trace, au moins dans la majorité des cas.

Les choses se passent de même pour le chancre contracté dans des rapprochements sexuels, que pour celui produit expérimentalement. Nous voyons également une période d'incubation dont la durée, quoique variable, est ordinairement de plusieurs semaines. Il disparaît après un temps plus ou moins long, sans donner lieu à aucune cicatrice indélébile. Les cas où on l'a vu guérir en quinze jours doivent être considérés comme exceptionnels.

Diagnostic. — Les difficultés que présente le diagnostic du chancre varient avec la période à laquelle on l'observe. Quand il est tout à fait au début, le diagnostic est souvent impossible et exposerait aux plus grands mécomptes si on voulait le poser d'une façon certaine. Quand il a atteint tout son développement, il est en général facile à reconnaître. Mais on voit manquer quelquefois un ou plusieurs de ses caractères, si bien que l'évolution ultérieure seule permet d'affirmer la nature de la lésion.

Le *chancre à forme érosive* peut être confondu avec une érosion simple, ou avec l'herpès.

En effet, surtout chez la femme, il se présente avec des apparences tellement bénignes, qu'on le prend facilement pour une écorchure banale résultant d'un traumatisme quelconque, de frottements produits par les rapprochements sexuels.

Dans les érosions simples, on ne rencontre pas d'engorgement ganglionnaire comme dans l'accident syphilitique, si celui-ci a atteint le deuxième septénnaire. En outre, il est presque toujours possible de percevoir pour ce dernier un certain degré d'induration, en y apportant les précautions que nous avons indiquées; rien de pareil pour l'érosion simple.

Il faut cependant faire une restriction. Si les excoriations ont été cautérisées, elles présentent quelquefois une légère rénitence simulant l'induration. En outre, les ganglions peuvent aussi se tuméfier à la suite de cautérisations. Ces modifications ne tarderont pas à disparaître dans les cas de lésions banales. Au contraire, sous l'influence de la syphilis, elles s'accentueront de plus en plus, à mesure que l'accident initial arrivera à sa période d'état.

La vulvite érosive, fréquente chez les enfants, a donné lieu à des erreurs d'interprétation, dont on comprend toute l'importance au point de vue médico-légal. Aussi ne peut-on prendre trop de précautions avant d'affirmer l'existence de la syphilis, d'après les caractères d'une seule manifestation locale.

Le diagnostic de l'herpès et du chancre syphilitique peut présenter de grandes difficultés. Ce n'est pas la forme vésiculeuse disséminée qui est facile à confondre, mais les éruptions confluantes aboutissant à de larges érosions. L'affection herpétique donne également lieu, dans certaines circonstances, à des ulcérations uniques et creuses entamant le derme, ou assez étendues en surface.

L'herpès cause, presque toujours, ou avant ou au début de son apparition, des démangeaisons, une sensation de chaleur, de cuisson dans les régions qu'il occupe. Le chancre, au contraire, est remarquable par son indolence et l'absence de tout prurit. Dans l'herpès, les ganglions ne sont pas atteints, ou s'ils le sont, c'est sur un ou deux seulement que l'on observe une augmentation de volume et un léger degré de sensibilité, caractères bien différents de ceux que présente la pléiade ganglionnaire indolente de la syphilis.

Sur les plaques d'herpès enflammées, il existe à la base une certaine rénitence distincte de l'induration comme cartilagineuse ou parcheminée du chancre. Un des caractères différenciels les plus importants réside dans l'aspect que présentent les bords des deux lésions. Dans l'une, la plaie est régulière, son contour bien dessiné et plus ou moins arrondi. Dans l'autre, au contraire, il est formé par une série de petites dépressions semi-circulaires, de segments de circonférence accolés les uns aux autres et limitant par leur réunion la perte de substance. Cette disposition festonnée des bords de l'ulcération herpétique nous sera souvent d'un grand secours pour établir un diagnostic.

L'évolution ultérieure de la maladie achèvera de nous éclairer, dans les cas embarrassants. Au bout de peu de jours, en général, les lésions de l'herpès auront disparu, tandis que les caractères de l'accident spécifique s'accentueront de plus en plus.

L'inoculation peut encore être invoquée comme caractère différentiel. Nous répéterons ici ce que nous avons déjà dit, à propos du chancre simple, c'est que l'inoculation ne doit être employée qu'à titre d'exception et avec la plus grande prudence.

La forme ulcéreuse du chancre infectant pourrait être con-

fondue avec le chancre simple. L'importance du diagnostic est ici primordiale. Tandis que l'un constitue une affection tout à fait locale ne réclamant qu'un traitement également local, l'accident syphilitique est l'indice d'une infection générale, dont les conséquences graves pourront se manifester jusqu'à dix, vingt, trente ans plus tard. En outre, la syphilis entraîne des indications thérapeutiques dont peut dépendre l'avenir des malades.

Une série de caractères nous permettront, le plus souvent, de différencier les deux espèces. D'abord le nombre des lésions. Celle de la syphilis, ordinairement unique, ne dépasse jamais un chiffre assez restreint. L'autre, au contraire, est presque toujours multiple, et on en compte dix, quinze et jusqu'à plus de soixante sur le même sujet.

Ensuite leur physionomie diffère également dans les deux cas. La lésion syphilitique, même dans sa forme ulcéreuse, ne présente pas cette cavité profonde, fortement excavée du chancre simple. Le fond de l'ulcération est inégal, anfractueux, d'une teinte jaunâtre, pour ce dernier; pour l'autre, il est lisse, uni, d'un rouge foncé uniforme, ou gris vers le centre et rouge sur ses bords. Ceux-ci, taillés à pic, décollés dans un cas, sont saillants ou se continuent avec les tissus ambiants dans l'autre. Même dans sa forme ulcéreuse, le chancre infectant présente surtout les caractères d'une érosion; sa sécrétion, peu abondante, consiste en de la sérosité plutôt qu'en un véritable pus. Le chancre mou revêt l'aspect d'une ulcération, sa suppuration, constituée par du pus épais, bien lié, est souvent assez notable.

L'état des tissus situés à la base de la lésion doit être recherché avec soin. La sensation de résistance œdémateuse fournie par le chancre simple enflammé ne sera pas confondue avec l'induration de l'accident syphilitique.

Les ganglions se comportent d'une façon très différente, selon celle des deux affections à laquelle nous avons affaire. Dans l'une, ils sont nombreux, indolents, peu augmentés de volume, ne tendant pas à la suppuration. C'est l'inverse que nous observons dans l'ulcère non infectant, où ils sont quelquefois absolument indemnes. Ou bien, s'ils sont atteints, c'est au nombre d'un ou deux seulement. Leur volume est très augmenté, le tissu qui les environne participe à l'inflammation, et le résultat final sera, le plus souvent, un bubon suppuré long et difficile à cicatriser.

L'inoculation, si on y avait recours, donnerait des résultats inverses. L'un n'étant pas inoculable au sujet qui en est porteur; l'autre pouvant s'inoculer indéfiniment sur la même malade.

Un autre signe pourrait nous fournir des renseignements précieux, c'est la durée du temps écoulé entre le rapport suspect et le développement de la lésion. Malheureusement, dans la pratique, c'est là un moyen rarement possible à utiliser, sauf dans quelques circonstances exceptionnelles. L'ulcération chancreuse simple n'a pas de période d'incubation et se montre au bout de peu de jours. Tandis que le temps qui s'écoule entre le moment de l'introduction du virus syphilitique et les premières manifestations de la maladie qu'il engendre, est toujours assez long.

Malgré tous les caractères différentiels que nous venons de passer en revue, il ne faut pas oublier que ce diagnostic, surtout chez la femme, est exposé à de nombreuses causes d'erreur. Il sera prudent, avant d'affirmer la nature d'un accident de ce genre, d'attendre les manifestations générales qui ne tardent pas à suivre dans les cas de syphilis.

Il est une dernière question que nous ne pouvons pas

passer sous silence à propos du diagnostic, c'est la coïncidence possible de plusieurs affections sur le même sujet.

L'herpès, en premier lieu, accompagne souvent les affections vénériennes quelque soit leur nature.

On peut également voir se développer sur une même malade les deux espèces de chancres. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui possèdent en même temps, des chancres infectants et non infectants, une uréthrite, une vaginite blennorrhagiques. Ces cas ont une grande importance relativement aux questions théoriques ayant trait aux maladies vénériennes. On comprend combien l'association de lésions diverses sur un même malade a dû causer d'erreurs d'interprétation. Dans ces circonstances, un observateur attentif arrivera le plus souvent à faire la part de ce qui revient en particulier à chacune d'elles.

La différence dans la durée de la période d'incubation doit avoir donné lieu à bien des confusions. En effet, on soigne une femme atteinte de chancres mous; ceux-ci guérissent et on perd la malade de vue. Quelques mois plus tard, existent chez elle les signes de la syphilis confirmée. On sera tenté de conclure, en pareille circonstance, que c'est le chancre simple qui en a été la première manifestation. Tandis qu'il est très possible que l'accident syphilitique n'ait apparu qu'après la guérison des ulcérations chancreuses simples et se soit développé à l'insu du médecin. Des observations très probantes de faits de ce genre ont été consignées dans les annales de la science. De même, on a vu un chancre simple venir se greffer sur un chancre induré et en modifier complètement l'aspect.

On a décrit sous le nom de *chancre mixte*, des lésions qui, quoique présentant l'apparence du chancre simple, donnaient lieu à des accidents généraux consécutifs. Il est, en effet, des cas où l'accident spécifique est dépourvu de

plusieurs de ses caractères et pourrait induire en erreur. Nous répéterons à ce propos ce que nous disions plus haut; c'est que le diagnostic de la syphilis, dans beaucoup de cas, ne doit pas s'affirmer sur la simple inspection de la lésion initiale.

Pronostic. — Le pronostic doit être considéré à deux points de vue différents. Au point de vue de la lésion elle-même, et au point de vue de l'affection générale dont elle est la manifestation.

Le chancre syphilitique, comme lésion locale, ne présente aucune espèce de gravité. Il guérit spontanément dans un temps plus ou moins long, sans laisser ordinairement aucune trace de son passage. Nous avons dit que ses diverses complications sont également sans importance et que le phagédénisme ne s'y observe que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Mais il est la première manifestation d'une maladie générale dont la durée est indéfinie, et qui, bénigne dans sa première période, l'est souvent aussi dans la seconde, et devient surtout grave dans la troisième, par les accidents qu'elle amène, principalement du côté des viscères et du système nerveux central. On a avancé que, d'après l'évolution de l'accident initial, il était possible de prévoir le plus ou moins de gravité future de la syphilis. On a invoqué la période de la maladie chez le sujet qui avait été cause de la contagion. On a dit que la syphilis résultant d'un accident secondaire était moins sérieuse que celle qui provenait d'une lésion primitive. L'observation de tous les jours vient démentir cette idée théorique. On voit souvent une syphilis contractée au contact d'une plaque muqueuse présenter des symptômes plus inquiétants que celle qui provient d'un chancre.

Il en est de même de la longueur plus ou moins grande

de l'incubation, dont on ne peut tirer aucune conclusion relativement au pronostic. Celui-ci dépend surtout de l'état général du sujet. C'est là principalement une affaire de terrain, et on aura bien plus de chances d'observer une syphilis maligne chez les individus débilités, usés par les excès, la misère, une mauvaise hygiène, que chez ceux qui présentent tous les attributs d'une santé forte et vigoureuse.

L'âge du sujet a aussi une importance. Aux deux extrêmes de la vie, chez les enfants et les vieillards, les manifestations de la syphilis sont souvent graves, surtout chez ces derniers.

Enfin, il y a des cas où la cause de la malignité nous échappe complètement.

Traitement. — Nous ne nous occuperons ici que du traitement du chancre lui-même, renvoyant ce qui est relatif au traitement antisyphilitique général, après l'étude des syphilides vulvaires. Beaucoup d'auteurs ont conseillé de détruire la lésion primitive *in situ*, croyant ainsi débarrasser le malade des accidents consécutifs. Il est bien prouvé aujourd'hui que l'économie tout entière est envahie quand le chancre se manifeste, et que sa destruction serait par conséquent absolument illusoire et sans aucun avantage.

Ce que nous avons vu de la marche de la lésion et de sa tendance à la cicatrisation spontanée nous indique que le traitement doit consister surtout en des moyens hygiéniques et des soins de propreté. Les excès de tout genre, les marches forcées, les veilles seront soigneusement évités. Les malades devront également s'abstenir de l'ingestion de substances excitantes, telles que le café, l'alcool.

On pourra conseiller des lotions avec la liqueur de Labarraque, ou le vin aromatique coupé d'eau; saupoudrer

ensuite la surface avec une poudre absorbante, telle que l'oxyde de zinc.

S'il présentait des signes d'inflammation, on aurait recours à des lotions émollientes avec de l'eau de guimauve, avec une solution légèrement opiacée. Le repos et des bains quotidiens seront très utiles dans ce cas.

Lorsqu'on constatera de la douleur et un commencement de phénomènes inflammatoires, on fera des pansements avec une pommade au calomel, ou du cérat opiacé. Les corps gras, nuisibles au chancre simple, donnent au contraire de bons résultats dans le traitement du chancre syphilitique (Fournier).

Autrefois, la cautérisation au moyen du crayon de nitrate d'argent était d'une pratique usuelle. C'est là un mauvais procédé, auquel on ne doit avoir recours que dans des circonstances exceptionnelles. La cautérisation ne peut être que nuisible, sauf dans les cas où la surface de l'ulcération prend un mauvais aspect, un aspect couenneux. On aura également recours au nitrate d'argent, si celle-ci bourgeonne trop, afin d'activer la cicatrisation et de réprimer l'exubérance des bourgeons charnus.

Syphilides de la vulve.

A la suite du chancre infectant, il est bien rare qu'il ne se développe pas quelques accidents du côté des muqueuses. Parmi ces muqueuses, celle de la vulve est une des plus fréquemment atteintes.

Ces lésions vulvaires, désignées sous la dénomination générale de plaques muqueuses, présentent des caractères différents selon les cas. Aussi est-ce avec raison, croyons-nous, que quelques auteurs assimilant les syphilides muqueuses et cutanées, les ont séparées en un certain nombre

de groupes, de familles, selon les caractères qu'elles présentent.

Nous diviserons les syphilides vulvaires en : 1° érosives; 2° papuleuses; 3° ulcéreuses[1].

Anatomie pathologique. — La *forme érosive* est constituée par des érosions superficielles, plates, de niveau avec les tissus voisins. Ces érosions ne possèdent aucun caractère macroscopique qui leur soit propre. Leur surface rougeâtre n'est représentée que par le derme dénudé.

La *forme papuleuse*, la plus fréquente à la région vulvaire, diffère de la précédente en ce que l'élément éruptif fait saillie sur les tissus ambiants. La papule ainsi produite ne tarde pas à s'ulcérer[2]; son sommet est aplati, plus souvent circulaire qu'ovale ou allongé. La surface de ce plateau ulcéré, tantôt lisse, tantôt chagrinée, revêt une coloration uniforme d'un rouge sombre, quelquefois pointillé de blanc. D'autres fois elle se recouvre d'un enduit jaunâtre, comparable à ce qu'on observe dans l'impétigo. Si on étudie la structure histologique de ces petites tumeurs, on voit qu'elles sont constituées par les papilles du derme hypertrophiées et infiltrées d'éléments embryonnaires; l'épithélium de la surface ayant disparu.

Dans certaines formes, le derme, les glandes, le tissu adipeux, présentent également des altérations, sur lesquelles M. Cornil a tout récemment appelé de nouveau l'attention[3].

Les papules ont le plus souvent les dimensions d'une lentille, d'une pièce de 20 ou de 30 centimes. Tantôt on n'en compte qu'une ou deux; tantôt, au contraire, elles sont tel-

[1] M. Fournier admet quatre groupes principaux : 1° les Syphilides érosives; 2° les Syphilides papulo-érosives; 3° les Syphilides papulo-hypertrophiques; 4° les Syphilides ulcéreuses.

[2] C'est alors la forme papulo-érosive de Fournier.

[3] *Société de Biologie*, séance du 22 juin 1878.

lement nombreuses, qu'en se réunissant par leurs bords elles forment des plaques de 5 ou 6 centimètres d'étendue[1]. Sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, on voit ces productions s'hypertrophier de plus en plus et proliférer en tout sens pour donner lieu à ces masses végétantes qui finissent par envahir toute la région[2].

Les syphilides se rencontrent sur tous les points de la vulve.

On les observe également sur les régions périvulvaires, les plis génito-cruraux, le périnée, la face interne des cuisses. Fréquemment, la face externe des grandes lèvres présente des éruptions croûteuses et squameuses que leur revêtement cutané explique très bien, tandis que leur face interne est atteinte de syphilides muqueuses. Les deux lésions sont identiques et ne diffèrent que par les conditions résultant de leur situation.

La troisième espèce, ou *forme ulcéreuse*, est très-distincte de celles dont nous nous sommes occupés jusqu'ici. Elle consiste en une ou plusieurs ulcérations, entamant assez profondément le derme muqueux, sans présenter de caractères qui leur soit absolument propres. Leurs dimensions, leur forme, leur couleur, sont très variables. Cependant elles revêtent assez souvent un aspect cerclé, en croissant ou demi-lune, qui permet de les reconnaître. Elles se produisent d'emblée, sans aucune altération ou épaississement préalable des tissus qui les supportent; ce qui les différencie des formes papuleuses ulcérées. Distinction assez importante, comme nous le verrons bientôt, relativement au pronostic et aux indications thérapeutiques.

Dans le voisinage des parties atteintes de syphilides, on

[1] C'est ce que l'on a désigné sous le nom de *syphilides en nappe*.

[2] C'est la forme papulo-hypertrophiques de Fournier. Eléphantiasique d'autres auteurs.

rencontre d'autres lésions, telles que l'érythème, l'intertrigo. Il n'est pas rare de voir se développer des phlegmons circonscrits, de véritables abcès.

L'œdème envahit souvent les grandes lèvres et donne quelquefois à la vulve les formes les plus bizarres et les plus variées. Les ganglions correspondants hypertrophiés ne suppurent pas, à moins de complications. On observe également des lymphangites secondaires. Celles-ci, comme l'engorgement ganglionnaire qui les accompagne, se font remarquer par leur indolence.

Il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à la différenciation des divers types anatomiques que nous venons de décrire. Les deux premières variétés surtout, passent souvent de l'une à l'autre et se trouvent associées sur un même sujet. La forme ulcéreuse est plus caractéristique et se rencontre plus fréquemment isolée.

Symptômes. — Quelle que soit l'espèce à laquelle nous ayons affaire, il existe un caractère qui leur est commun à toutes, c'est l'absence de douleur. Les syphilides non irritées sont indolentes, et quand sous l'influence des frottements, du manque de soins, elles viennent à s'enflammer, les malades se plaignent plutôt de démangeaisons, d'un certain sentiment de gêne.

Les formes érosives sécrètent une sérosité jaunâtre et non du pus bien lié. Dans les variétés papuleuses confluentes, le liquide sécrété en assez grande abondance exhale une odeur fade, qui devient quelquefois d'une fétidité repoussante. Les syphilides non traitées guérissent difficilement et peuvent persister pendant longtemps. Mais sous l'influence d'un traitement bien dirigé, on les voit s'effacer avec une promptitude souvent surprenante. Même dans les formes hypertrophiques, la lésion spécifique elle-même est indolente, mais elle amène des inflammations de

voisinage qui peuvent causer des souffrances vives aux malades, rendre les mouvements et surtout la marche difficiles.

La syphilide ulcéreuse, moins fréquente que les autres, sécrète un véritable pus. On l'observe à une période plus avancée de la maladie, et elle présente une plus grande résistance à nos moyens thérapeutiques.

Diagnostic. — Les deux formes qui peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic sont les formes érosives et ulcéreuses. L'érosion syphilitique ne possède aucun signe qui lui soit propre et qui la différencie d'avec une érosion simple. Le peu d'importance apparente de la lésion peut parfaitement la faire prendre pour une écorchure. Néanmoins quelques caractères permettent de la distinguer, au moins dans un certain nombre de cas. L'érosion syphilitique est indolente, arrondie, souvent multiple, sa sécrétion est séreuse ou séropurulente et très peu abondante. Au contraire, l'érosion inflammatoire sécrète du pus en certaine quantité. En outre elle est presque toujours solitaire, de forme irrégulière, et plus ou moins douloureuse. L'herpès se distinguera également par le prurit qui l'accompagne, avant ou au début de l'éruption. Son bord festonné diffère du contour ordinairement net et régulier des syphilides.

La forme ulcéreuse peut être confondue avec des scrofulides ou des chancres simples. La syphilide a une tendance à revêtir une apparence circinée, en croissant ou en demi-lune. Ce caractère manque quelques fois, et il faut avouer qu'alors l'ulcération syphilitique n'a aucun signe qui la distingue, en tant que lésion. Les scrofulides, assez rares à la vulve, sont plus creuses que les syphilides. Elles résistent au traitement spécifique, et il est rare qu'on ne trouve pas sur quelqu'autre point du corps d'autres traces de la

diathèse strumeuse. Mais il peut y avoir une coïncidence des deux maladies, c'est-à-dire, la vérole chez une scrofuleuse. Alors les ulcérations offrent des caractères dépendant de ce mélange.

Le chancre mou est plus creux, plus souvent multiple que la syphilide ulcéreuse. Cependant le dignostic présente quelquefois des difficultés insurmontables. L'inoculation lèverait les doutes. Le chancre mou étant autoinoculable, et les lésions syphilitiques ne l'étant pas.

Pronostic. — En tant que lésions locales, les syphilides muqueuses sont des affections essentiellement bénignes. Même ces énormes tumeurs en nappe, déformant complètement la vulve, ne résistent guère au traitement général. La forme ulcéreuse est un peu plus rebelle et plus longue à guérir. Les diverses formes de syphilides muqueuses sont remarquables par leur tendance à récidiver.

Pendant longtemps Ricord avait soutenu que le chancre seul était transmissible, et que les accidents secondaires ne l'étaient pas. Personne ne conteste plus aujourd'hui le caractère éminemment contagieux des accidents secondaires. Nous pourrions même ajouter, que ce sont les syphilides, et en particulier les syphilides muqueuses, qui sont le plus souvent l'agent de transmission. Le peu d'étendue des lésions augmente encore la possibilité de les méconnaître.

Étiologie. — Les syphilides muqueuses sont des manifestations secondaires de la maladie. Elles se développent spontanément et ne peuvent pas s'inoculer sur le sujet qui en est porteur. On a invoqué contre cette assertion un fait d'observation assez fréquent, que les plaques muqueuses étaient souvent symétriques, correspondant exactement l'une à l'autre sur deux surfaces opposées. Dans ces cas ce n'est pas une autoinoculation, comme pour le chancre simple,

mais le résultat de l'irritation locale, qui facilite sur ce point l'apparition de la lésion.

Les syphilides érosives et papuleuses suivent souvent d'assez près le développement du chancre. Les formes ulcéreuses se montrent plus tardivement, à une époque avancée de la période secondaire.

La variété papuleuse est celle que l'on observe le plus fréquemment dans la région vulvaire. Chez les malades qui ne se soignent pas, elle atteint des proportions que l'on ne rencontre presque jamais chez les femmes soumises aux règles d'une bonne hygiène. La forme ulcéreuse est moins commune que les deux autres.

Traitement. — La cautérisation des syphilides vulvaires, avec le crayon de nitrate d'argent est fréquemment employée. On a trop abusé de cette pratique, au moins pour les syphilides érosives et papuleuses. Ces deux formes, comme nous l'avons vu, guérissent avec la plus grande facilité sous l'influence de la médication générale.

Le traitement local consistera en des bains, des lotions fréquentes avec un liquide détersif, solution phéniquée, ou liqueur de Labarraque étendue[1]. Les pansements seront faits au moyen d'une poudre inerte, l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, maintenu avec des tampons d'ouate. L'excision des parties hypertrophiées n'est jamais indiquée, puisqu'on obtient la guérison, sans l'intervention chirurgicale, même lorsque les syphilides réunies en masse forment des tumeurs d'un assez gros volume.

Les variétés ulcéreuses, plus rebelles à l'action thérapeutique, demandent un traitement un peu différent des autres. Ici on pourra recourir au nitrate d'argent, soit au moyen du crayon, soit, ce qui vaut mieux, au moyen de

[1] Eau . . . . . 250 grammes.
Liqueur de Labarraque . . . . . 60 —

pansements renouvelés trois fois par jour, avec de la charpie trempée dans une solution de nitrate d'argent au 100e ou au 60e. On a employé contre les syphilides muqueuses un grand nombre de topiques dont l'action a été tour à tour vantée, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, l'iodoforme. Ce dernier sera surtout utile dans les formes ulcéreuses, ou chez les sujets scrofuleux.

Le traitement général de la syphilis est basé sur l'emploi de deux médicaments, le mercure, et l'iodure de potassium. Nous ne pouvons pas discuter ici les faits qui plaident en faveur du mercure et les arguments invoqués et mis en relief par ses nombreux détracteurs.

Nous renvoyons ceux qui voudraient étudier plus en détail cette question, à la thèse de M. Hallopeau qui résume d'une façon très intéressante ce qui a été dit à ce sujet [1].

Il résulte des recherches les plus récentes, venant confirmer l'expérience des anciens, que le mercure est le meilleur des médicaments connus pour combattre la syphilis, surtout dans ses premières périodes. Aussi conseillons-nous d'y avoir recours dès qu'on sera certain de son diagnostic.

Quelle est la forme sous laquelle on doit employer le mercure?

L'agent thérapeutique peut pénétrer dans l'économie par les voies digestives, ou par la peau au moyen des frictions ou des injections hypodermiques.

Dans les cas ordinaires et de moyenne intensité, l'introduction du médicament par les voies digestives est plus commode et plus souvent utilisée. Les composés de mercure les plus divers ont été conseillés. C'est en général le protoiodure que nous employons de préférence.

[1] Hallopeau, *Du mercure, action physiologique et thérapeutique.* Paris, 1878. Thèse d'agrégation.

Quelque soit du reste le sel de mercure que l'on administre, on devra toujours surveiller avec soin l'état de la bouche et des organes digestifs. Le protoiodure de mercure doit être donné sous la forme pilulaire[1], à la dose de 5 à 15 centigrammes par jour. Au delà de 15 centigrammes on s'expose à voir survenir la salivation. L'usage du chlorate de potasse en garganisme et en potion aura une action utile contre la stomatite.

Après avoir soumis la malade, pendant deux mois, à une dose quotidienne de 5 ou 10 centigr. de protoiodure, on lui fera cesser son traitement pendant quelques semaines, puis reprendre pendant une période d'une égale durée, suivie d'un repos un peu plus prolongé. Les alternatives de traitement et de repos devront ainsi se continuer pendant une année au moins. Après les premiers mois, il faut donner simultanément le mercure et l'iodure de potassium[2].

Ce dernier médicament doit être employé seul à la fin du traitement et les doses peuvent être portées jusqu'à 3 et 4 grammes par jour.

La méthode des frictions est surtout indiquée dans les cas graves ; c'est le plus actif de tous les moyens[3].

[1] Chlorhydrate de morphine . . . . . 0,05 centigr.
Protoiodure d'hydrargyre . . . . . 1 gramme.
Extrait de quinquina . . . . . 3 —
Poudre de quinquina . . . . . Q. S.

Pour 40 pilules, dont on prendra de 2 à 4, rarement 6 par jour, de préférence avec les aliments.

[2] Si on donne en même temps l'iodure de potassium et le mercure également sous forme d'iodure, il faut mettre un certain temps entre l'administration des deux substances, pour éviter qu'il puisse se former dans l'estomac du bi-iodure de mercure, sel excessivement toxique. Le sirop de Gibert est une préparation commode quand on associe l'usage des deux médicaments.

[3] Si on emploie la méthode des frictions, il faut les prolonger pendant une demi-heure environ avec 2 à 6 grammes d'onguent mercuriel. Ces frictions, continuées pendant 12 à 15 jours, sont reprises après un égal temps de repos ; et le traitement devra se terminer par l'usage prolongé de l'iodure de potassium.

La méthode hypodermique peut aussi présenter des indications particulières, chez des malades, par exemple, qui ne supportent pas le mercure à l'intérieur. Cependant, avant d'entrer dans la pratique usuelle, elle devra subir des modifications, à cause des accidents locaux, douleur, phlegmons, gangrènes, qu'elle amène assez souvent [1].

Outre le traitement spécifique, il faudra appeler à son aide les principaux moyens hygiéniques et thérapeutiques qui pourront agir favorablement sur la santé générale. C'est ainsi que le quinquina, le fer, l'huile de foie de morue trouveront leurs indications. Les eaux sulfureuses sont également un adjuvant utile et qui ne doit pas être négligé, surtout quand l'affection est déjà ancienne.

Quand un malade a été atteint de syphilis, peut-on lui assurer après un traitement régulier et suffisamment prolongé qu'il est à l'abri de nouvelles manifestations de la maladie? Il est impossible de répondre affirmativement à cette question, puisqu'on a vu se produire de nouveaux accidents, 10, 20, 30 et même 40 ans après la disparition des premières lésions.

On peut dire cependant, que, bien soignée, la vérole guérit le plus souvent [2].

[1] Voici la formule que nous conseillons si on avait recours aux injections hypodermiques :

Bichlorure d'hydrargyre.	0,10 centigr.
Chlorure d'ammonium	0,10 —
Chlorhydrate de morphine.	0,05 —
Eau distillée.	40 grammes.
Glycérine (pure)	10 —

Chaque seringue d'un gramme contient 2 milligrammes environ de sublimé. On doit commencer par deux injections (4 milligr.) par jour et augmenter peu à peu jusqu'à 10 milligrammes. On a même poussé la dose jusqu'à 25 milligrammes par jour. Il est impossible de rien fixer de précis à cet égard, c'est au médecin à juger de la façon dont le médicament est supporté.

[2] Dans la plupart des traités de gynécologie, on laisse de côté ce qui est relatif à la syphilis. Cependant nous avons pensé être utile au lecteur en

DE L'URÉTHRITE

On désigne sous le nom d'uréthrite, l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse l'urèthre.

Anatomie pathologique. — Le méat urinaire, à l'état normal, chez la femme, est constitué par une petite fente ou ouverture circulaire, dont les bords font peu saillie sur les tissus voisins. Sa couleur est d'un rose pâle, comme la muqueuse environnante. Chez les femmes atteintes d'uréthrite, le méat est saillant, turgescent, souvent entre ouvert. Sa couleur d'un rouge vif, dans les cas récents, devient rouge livide, violacé, quand la maladie dure depuis longtemps. La muqueuse peut s'hypertrophier et faire hernie à l'orifice uréthral de façon à simuler un polype. Les glands qui entourent l'urèthre sont la plupart du temps malades.

L'inflammation s'étend quelquefois, jusqu'au tissus conjonctifs sous-muqueux.

Les abcès des parois ont été rarement observés dans l'uréthrite de la femme, quoiqu'on en ait cité quelques exemples [1].

Moins fréquemment chez la femme que chez l'homme, le processus inflammatoire envahit la muqueuse vésicale. Le plus souvent les lésions sont localisées à la partie antérieure de l'urèthre.

Symptômes. — L'uréthrite de la femme est loin de présenter les phénomènes douloureux que l'on observe chez l'homme. Le peu de longueur et la dilatabilité extrême de

décrivant chez la femme, les principaux caractères de cette affection qui joue un si grand rôle dans la pathologie des organes génitaux.

Dans cet ordre d'idées, nous avons peut-être un peu dépassé le cadre des lésions vulvaires pour toucher à des considérations plus générales ; celles-ci nous ayant paru nécessaires, surtout en ce qui concerne le traitement.

[1] Winckel, *Die Krankheiten der Weiblichen Harnröhre und Blase*, Stuttgart, 1877, p. 47.

l'urèthre féminin, rendent parfaitement compte de cette différence dans les deux sexes. Pendant les phases tout à fait aiguës, les malades se plaignent d'un peu de cuisson en urinant, d'un certain degré de ténesme vésical si l'affection a gagné le col de la vessie. Souvent aussi, surtout à une période plus avancée, elles n'accusent aucune sensation douloureuse.

L'examen des organes permettra de constater les caractères que nous avons énumérés à propos de l'anatomie pathologique. Le liquide qui s'écoule par le méat, d'abord mucopurulent, devient de plus en plus nettement purulent, verdâtre ou jaunâtre, quelquefois strié de sang. Les glandes qui avoisinent l'orifice uréthral peuvent laisser également sourdre quelques gouttelettes de pus. Pour constater l'existence et la nature de l'écoulement, surtout si celui-ci n'est pas très abondant, il faut avoir recours à certaines précautions. Après avoir soigneusement nettoyé la vulve et le vestibule, le doigt introduit dans le vagin et porté sur sa paroi antérieure sera ramené en pressant de bas en haut et d'avant en arrière.

Par cette manœuvre, répétée deux ou trois fois s'il est nécessaire, on amènera à l'orifice uréthral le liquide contenu dans toute la longueur du canal. En même temps dans les cas de date ancienne, on perçoit une induration, un épaississement dans toute son étendue.

Complications. — L'arthrite blennorhagique se rencontre aussi bien chez la femme que chez l'homme. Elle paraît peut-être au premier abord moins fréquente chez la femme. Mais cette différence tient à une série de causes qui pourraient nous induire en erreur, si nous voulions comparer le rapport des deux affections dans les deux sexes.

D'abord la blennorrhagie est beaucoup plus rare chez la femme. En outre, elle se manifeste par des symptômes moins

apparents et les douleurs qu'elle amène sont peu intenses, elle passe donc plus souvent inaperçue. En tenant compte de ces conditions, le rapport entre l'arthrite et la blennorrhagie ne paraît pas se modifier selon le sexe.

Les auteurs qui ont décrit une ovarite blennorrhagique auront été portés à admettre cette complication chez la femme, à cause de la fréquence de l'orchite blennorrhagique chez l'homme. Nous aurons souvent l'occasion de signaler les idées erronées qui ont fait exagérer les analogies pathologiques du testicule et de l'ovaire. Les cas d'ovarite blennorrhagique qui ont été scientifiquement démontrés, c'est-à-dire suivis d'autopsie, étaient des cas de pelvipéritonite où l'ovaire, s'il était atteint, ne l'était que secondairement. La pelvipéritonite consécutive à la blennorhagie se rencontre plutôt quand la maladie s'est propagée au vagin et à l'utérus, que quand c'est surtout l'urèthre qui est malade. Nous reviendrons plus longuement sur ces faits, à propos des lésions du péritoine pelvien, mais nous pouvons dire, qu'aujourd'hui, l'existence de l'ovarite blennorrhagique n'est nullement démontrée.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'uréthrite, dans sa période d'acuité, n'est en général pas difficile. Dans les cas anciens, l'affection se cantonne quelquefois dans les glandes uréthrales ou périuréthrales et peut être parfaitement méconnue. C'est ainsi que des femmes, saines en apparence, font contracter des blennorrhagies dont on ne peut trouver la cause. Il faut alors examiner les malades avant qu'elles se soient lavées et surtout un certain temps après la miction. Il n'est pas rare alors, en prenant les précautions que nous avons indiquées (page 117), d'arriver à découvrir une gouttelette de pus qui explique la contagion. Nous avons observé plusieurs fois des sujets chez lesquels il n'existait plus d'autres traces de blennorrhagie que la

suppuration de deux ou trois glandes périuréthrales; la vulve, l'urèthre et le vagin étant parfaitement revenus à l'état normal.

Le pus s'écoulant par l'urèthre peut provenir d'un chancre. Le doigt en pressant sur le canal reconnaîtra à une rénitence particulière le point où siège le chancre. Si c'est dans la partie antérieure, en écartant légèrement les bords du méat, le regard plongera assez profondément pour reconnaître les caractères de la lésion. Les douleurs uréthrales, indépendantes de toute altération appréciable, s'observent souvent, comme complication des affections utérines.

Un examen attentif ne permettra pas de confondre ces manifestations douloureuses, avec celles qui proviendraient d'une inflammation de la muqueuse.

La nature de la maladie est importante à déterminer. Mais l'uréthrite, surtout dans le sexe féminin, est tellement rare en dehors de la blennorrhagie, que son existence suffit presque toujours à indiquer son origine.

L'herpès intracanaliculaire donne lieu, chez l'homme, à un écoulement purulent, qui simule à s'y méprendre une blennorrhagie au début. Ce petit accident disparaît spontanément au bout de peu de jours, et peut présenter des difficultés très grandes de diagnostic. L'apparition d'une éruption herpétique sur d'autres points des organes génitaux ne nous éclaire pas complètement, car on sait combien souvent l'herpès accompagne la blennhorrhagie.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer, chez la femme, ces poussées d'herpès intracanaliculaires, dont l'existence est probable, cependant, chez elle comme chez l'homme.

Pronostic. — Le pronostic de l'uréthrite féminine est ordinairement très bénin, et l'affection guérit en peu de

temps sous l'influence du traitement de la vaginite blennorrhagique qui l'accompagne le plus souvent. Dans certains cas, si la maladie a passé à l'état chronique, elle oppose au contraire une grande résistance à nos moyens thérapeutiques et peut persister des mois et des années.

Il n'est plus besoin de discuter aujourd'hui la question si longtemps débattue de l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis. Et si des médecins, dont quelques-uns d'une grande valeur, conservent encore les anciennes idées sur l'origine commune des deux maladies, nous sommes en droit de dire que leur nombre diminue tous les jours devant l'évidence des faits observés.

Étiologie. — L'uréthrite est simple ou virulente. L'uréthrite simple peut être amenée par un traumatisme, par le cathétérisme, par le passage d'urines altérées consécutivement à une cystite. Dans les fièvres éruptives, variole, scarlatine, rougeole, on observe quelquefois un catarrhe de l'urèthre qui ne présente dans ces cas qu'une importance tout à fait secondaire, relativement à celle de la maladie générale.

En dehors de ces quelques circonstances, l'uréthrite est presque toujours l'indice d'une infection blennorrhagique et s'accompagne de vaginite de même nature. Il est même rare que ce soit l'uréthrite qui se montre la première. C'est presque toujours ultérieurement et par propagation que celle-ci se développe. Quand on l'observe isolément, c'est parce que la vaginite guérie, la blennorrhagie s'est localisée dans l'urèthre ou son voisinage où elle persiste souvent beaucoup plus longtemps, comme nous l'avons déjà signalé.

L'existence de l'uréthrite est donc d'un intérêt primordial dans le diagnostic de l'origine et de la nature des écoulements provenant de la vulve, du vagin ou de l'utérus.

Traitement. — L'emploi des balsamiques, copahu, cubèbe, si utile dans l'uréthrite de l'homme, est loin de présenter les mêmes avantages chez la femme. D'après M. Gosselin, ce ne serait que dans les deux ou trois premiers mois, qu'on pourrait retirer quelque avantage de ces médicaments. Passé cette période, ils n'auraient plus aucune action sur l'uréthrite féminine[1].

Plusieurs causes ont été proposées pour expliquer cette différence d'action suivant le sexe. M. Guérin a invoqué la direction des glandes uréthrales qui, chez la femme, regardent le méat, tandis que, chez l'homme, leur direction est le plus souvent inverse. Disposition qui, pour la première, empêcherait le contact de l'urine chargée du principe médicamenteux avec le revêtement glandulaire. Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, le fait du peu d'influence qu'exercent les balsamiques sur la blennorrhagie de la femme n'en reste pas moins bien positif.

Le plus souvent des bains et des pansements avec le coaltar ou avec une solution phéniquée suffisent pour faire disparaître l'uréthrite. Dans les cas rebelles, on aura recours aux injections astringentes avec le tannin, le sulfate de zinc, le sous-acétate de plomb, ou encore mieux avec une solution de nitrate d'argent (5 centigrammes de sel pour 30 grammes d'eau distillée).

Si les glandes périuréthrales sont atteintes, il faudra injecter, au moyen d'une seringue à canule très fine, quelques gouttes de la solution dans la cavité glandulaire. Si la maladie résiste à ces différents moyens, on peut introduire dans toute la longueur de l'urèthre un crayon de nitrate d'argent qu'on laissera pendant quelques secondes en contact avec la muqueuse. Ce moyen a l'inconvénient d'être

[1] Gosselin, *Cliniques de la Charité*, t. II, p. 294.

assez douloureux et d'amener de la dysurie, qu'un bain et

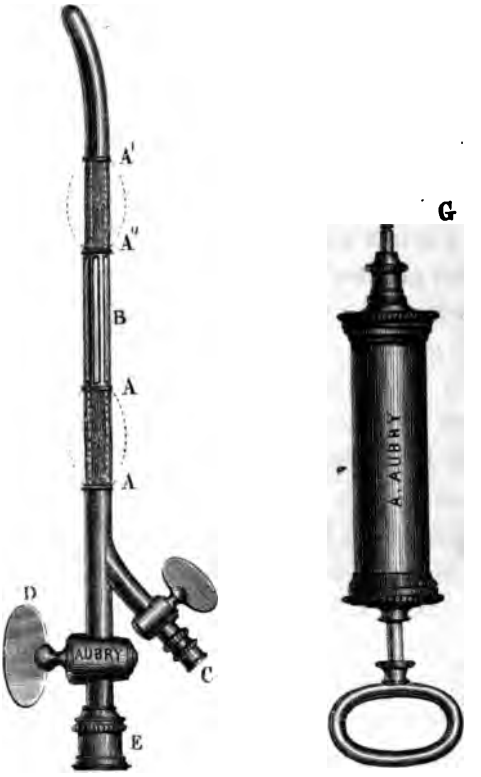


Fig. 51. — Sonde de M. Martin pour la cautérisation de l'urèthre.

A. A. A'. A''. Vessies de caoutchouc destinées à fermer l'urèthre à ses deux extrémités. — B. Partie perforée pour permettre l'issue de l'injection dans l'urèthre. — C. Orifice sur lequel on peut adapter la seringue, destinée à distendre les vessies de caoutchouc. — D. Robinet pour fermer le tube. — E. Orifice par lequel on pratique l'injection. — G. Seringue.

quelques applications froides feront facilement disparaître[1]. On peut également placer dans l'urèthre des bougies astrin-

[1] On a conseillé des injections intraurèthrales avec des appareils spéciaux dont nous donnons ici la figure (fig. 51). Au moyen de deux vessies de caoutchouc et d'une sonde à double courant on arrive à circonscrire les points de la muqueuse devant être en contact avec le liquide injecté et celui-ci ne peut pas pénétrer dans la vessie.

gentes qui, en se dissolvant sur place, constituent une autre forme de médication topique [1].

Malgré tous ces traitements, il y a des cas d'uréthrite chronique rebelles qui durent un temps considérable sans être modifiés par aucun médicament.

TUMEURS DE L'URÈTHRE

On observe sur l'urèthre de la femme des espèces de tumeurs très variables, souvent confondues les unes avec les autres. D'où l'obscurité que l'on rencontre si fréquemment dans la symptomatologie et le pronostic de ces affections. Parmi ces tumeurs, les unes sont essentiellement bénignes, telles que les hypertrophies ou les prolapsus de la muqueuse, les polypes papillaires ou muqueux, les tumeurs sanguines, les fibromes ou fibro-myomes. D'autres ont, dans cette région, la gravité qu'elles présentent partout et qui tient à leur nature même, telles que certains sarcomes et les diverses formes du cancer, épithéliome, carcinome.

Hyperthrophie de la muqueuse uréthrale.

L'hypertrophie de la muqueuse porte sur tous ses éléments. Commençant le plus souvent par le bord postérieur du méat, la tumeur a, au début, la forme d'un croissant. Peu à peu elle envahit tout le pourtour de l'orifice et arrive à constituer ainsi un mamelon saillant, perforé à son centre, pouvant acquérir les dimensions de l'extrémité du petit doigt [2].

[1]

Gomme adragant.	4 grammes.
Tannin	1 —
Sous-nitrate de bismuth	Q. S.

Pour une bougie uréthrale de 5 centimètres de long.

[2] Verneuil, *Société de Biologie*, 1855, p. 125.

Ce mamelon, d'une couleur rouge vif, quelquefois framboisée, présente des saillies qui peuvent se pédiculiser et donner lieu à de petits polypes.

On a comparé, avec raison, la forme de ces tumeurs à celle du col de l'utérus. Dans un cas que nous avons eu l'occasion d'examiner, le microscope nous a montré que tous les éléments constituants de la muqueuse uréthrale étaient hypertrophiés. Principalement les glandes à épithélium cylindrique que l'on y observe à l'état normal[1].

Prolapsus de la muqueuse uréthrale.

La tumeur formée par le prolapsus de la muqueuse est due à un renversement de cette membrane, analogue à ce qui se passe dans la chute du rectum.

Cette tumeur sessile, régulièrement circulaire, tantôt lisse, tantôt sillonnée de plis, est percée à son centre d'un orifice arrondi par où pénètre la sonde.

Polypes papillaires de l'urèthre.

La structure des polypes papillaires de l'urèthre a été étudiée depuis longtemps[2]. Au début, ces tumeurs ne sont constituées que par de simples granulations, isolées ou multiples, d'un rouge vif ou violacé. Leur volume augmente peu à peu, sans dépasser, en général, les dimensions d'une lentille. Formées de papilles hypertrophiées, et recouvertes d'un épithélium pavimenteux, ces petites tumeurs sont de véritables *papillomes*. Leur vascularisation est très considérable; caractère commun, du reste, à tous les néoplasmes uréthraux de la femme.

[1] Cas de M. Terrier, *Préparation du laboratoire d'histologie du Collège de France*, inscrite au n° A, p. 122.

[2] Verneuil, *Société de Biologie*, *loc. cit*, p. 123.

Polypes muqueux de l'urèthre.

Les polypes muqueux de l'urèthre offrent une grande ressemblance de structure avec l'hypertrophie de la muqueuse. Si bien, qu'à en juger par les cas que nous avons étudiés, nous serions disposés à les considérer comme deux variétés d'une même affection. Les glandes qui concourent pour une si grande part à la formation de ces tumeurs peuvent s'oblitérer à leur orifice, et donner ainsi naissance aux kystes par rétention que l'on a signalés dans cette région.

C'est probablement un cas de ce genre qui a été décrit et figuré par Beigel[1] sous le nom de myxo-adénome de l'urèthre.

Fibromes et fibromyomes de l'urèthre.

Les fibromes et les fibromyomes ont été observés dans la région uréthrale de la femme, quoique d'une façon assez exceptionnelle. Quelques-unes de ces tumeurs avaient atteint jusqu'aux dimensions d'un œuf.

Tumeurs vasculaires de l'urèthre.

Les néoplasmes vasculaires de l'urèthre sont souvent uniquement constitués par des dilatations veineuses, véritables hémorrhoïdes uréthrales. Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs violacées, bleuâtres, tendues et résistantes.

On a également rencontré dans cette région des variétés d'*angiomes*[2], qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs hémorrhoïdales.

Tantôt sessiles, tantôt pédiculées, ces productions varient

[1] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 656.
[2] Winckel, *loc. cit.*, p. 54.

de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, et possèdent tous les caractères histologiques des angiomes, que nous n'avons pas à décrire ici.

On a cité des cas de varices uréthrales rompues, sans communication avec l'extérieur, ayant donné lieu à un hématome de l'urèthre.

Sarcomes de l'urèthre.

Le sarcome uréthral est assez rare. Beigel en a décrit un cas dont il a donné les dessins macroscopiques et histologiques, où la tumeur implantée sur le bord inférieur du canal offrait les dimensions d'une grosse noix[1].

Cancer de l'urèthre.

Le cancer de l'urèthre peut se présenter sous diverses formes histologiques. C'est à l'épithéliome qu'on peut rapporter le plus grand nombre des cas observés.

Le cancer uréthral est presque toujours secondaire. Ayant son point de départ du côté de l'utérus, il se propage ensuite jusqu'à l'orifice vulvaire. On a cependant publié quelques observations de cancer périuréthral primitif.

Symptômes des tumeurs uréthrales. — L'*hypertrophie* et le *prolapsus de la muqueuse uréthrale* ne sont pas douloureux tant que la surface des tissus est intacte. Il n'en est plus de même quand il se produit des excoriations, ce que l'on observe le plus souvent au bout d'un certain temps.

Les *polypes muqueux*, généralement uniques, sont également indolents par eux-mêmes et ne deviennent douloureux que quand leur revêtement est détruit sur un ou plusieurs points.

L'opinion des auteurs varie beaucoup relativement au degré de sensibilité des *polypes papillaires*.

[1] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 653.

Tandis que certains chirurgiens (Verneuil, Guérin) les décrivent comme douloureux, d'autres (Winkel) les considèrent comme indolents. Il résulte de la comparaison des diverses observations, que beaucoup de ces tumeurs, quoique ayant en apparence la même structure, se comportent d'une façon différente quand à leur degré de sensibilité, et peuvent être très douloureuses sans présenter aucune lésion de leur surface.

Le plus souvent les polypes papillaires font saillie à l'orifice uréthral. D'autres fois il faut écarter les bords du canal pour les apercevoir. En tout cas, ils s'insèrent rarement à une distance du méat dépassant quelques millimètres.

Les *hémorrhoïdes uréthrales* ne sont pas très rares chez la femme. Quand elles sont peu développées et que leur surface est intacte, elles ne donnent lieu à aucune manifestation morbide. Mais parvenues à un certain degré, elles commencent à s'ulcérer, et c'est alors que se manifestent ces douleurs souvent si pénibles sur lesquelles M. Richet a spécialement appelé l'attention [1]. Dans ces cas, ce n'est pas à l'orifice même que siège la douleur, mais plutôt à une distance d'un centimètre du méat.

Il existe sur ce point un rétrécissement et une induration du canal, se prolongeant plus ou moins loin; induration qu'on constate facilement avec le doigt introduit dans le vagin et ramené d'arrière en avant, en comprimant la paroi antérieure de bas en haut contre l'arcade pubienne. Les malades se plaignent au moment de la miction, de douleurs qui se prolongent pendant huit ou dix minutes.

Il existe quelques symptômes communs à toutes les tumeurs uréthrales, quelle que soit leur nature. La dou-

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 805.

leur, comme nous l'avons vu, ne se produit pour les unes que s'il y a dénudation épithéliale, tandis que d'autres causent des souffrances vives malgré une surface de revêtement tout à fait indemne.

Les mêmes formes sont, tantôt douloureuses, tantôt indolentes, sans qu'on puisse expliquer la cause de cette différence.

C'est souvent dans les rapports sexuels que se manifestent les premiers troubles de la sensibilité. Outre les souffrances aiguës qui s'observent quelquefois, les malades accusent une sensation de tiraillement ou de prurit vulvaire. La douleur augmente sous l'influence de la marche et au moment de la période menstruelle.

Dans certaines circonstances, il se développe dans le voisinage de la lésion, une hyperesthésie vulvaire qui empêche les malades de s'asseoir.

Un certain degré de vaginisme, complication fréquente des tumeurs uréthrales, met obstacle aux rapprochements sexuels. On observe en outre, souvent, un léger écoulement de sang.

Les troubles de la miction sont très variables. Chez certaines femmes, ce sera de la cuisson, chez d'autres une gêne et une difficulté dans l'émission de l'urine, qui peuvent conduire à la rétention complète et aux accidents qui en dérivent. D'autres, au contraire, sont atteintes d'incontinence ou n'urinent que par regorgement.

Il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre de ces néoplasmes sont tellement indolents et amènent si peu de gêne, qu'ils passent inaperçus pendant de longues années.

Diagnostic des tumeurs de l'urèthre. — Le diagnostic des tumeurs de l'urèthre doit porter sur deux points : 1° y a-t-il une tumeur uréthrale ? 2° quelle est sa nature ? Si

elle fait saillie au méat, la première partie du diagnostic sera fixée par la simple inspection. Mais si elle est située plus profondément, il faut avoir recours à d'autres procédés. Le doigt introduit dans le vagin reconnaîtra le siége exact de la douleur et souvent percevra la tumeur elle-même.

Le cathéter après avoir pénétré dans l'urèthre sera arrêté à une distance plus ou moins grande du méat par la présence du néoplasme. On pourra, au moyen de la sonde, différencier une tumeur de l'urèthre d'un corps étranger, d'un calcul vésical, qui présentent quelques-uns des mêmes symptômes. Dans les cas douteux on aurait recours à la dilatation.

Il existe quelquefois, chez la femme comme chez l'homme, une contracture douloureuse de l'urèthre indépendante d'une tumeur et d'un calcul. Un examen attentif suffira pour distinguer cette affection de celles auxquelles elle pourrait ressembler[1].

La nature de la lésion est en général assez facile à reconnaître. Dans l'hypertrophie simple, comme dans le prolapsus, l'ouverture uréthrale est située à son centre.

La tumeur hypertrophique est irréductible. C'est l'inverse que l'on observe pour le prolapsus. Ce dernier peut cependant devenir également irréductible, et est alors difficile à distinguer de l'hypertrophie. La confusion, dans ce cas, ne présente aucun inconvénient, les deux lésions indiquant le même pronostic et le même traitement.

Tandis que l'urèthre est situé au centre de la tumeur dans l'hypertrophie et le prolapsus, dans les autres formes c'est la tumeur qui est située dans le canal et entourée par le méat.

[1] Voyez à ce sujet une intéressante observation du docteur Reliquet, *Annales de Gynécologie*, 1874, t. I, p. 287.

Les productions hémorrhoïdales sont irrégulières, violacées, compressibles. Elles éprouvent des alternatives de turgescence et d'affaissement. Elles augmentent de volume après la marche ou au moment de la période menstruelle. Quant aux néoplasmes de mauvaise nature, ils se présentent là avec tous les caractères qu'on leur connaît dans les autres régions.

Pronostic des tumeurs de l'urèthre. — Le pronostic des tumeurs de l'urèthre doit être considéré au point de vue de leur siège et de leur nature.

Toutes les variétés peuvent amener des accidents par l'obstacle qu'elles apportent à l'émission de l'urine. Cependant elles donnent rarement lieu aux phénomènes graves de la rétention.

Une grande tendance à la récidive est un caractère très habituel de la plupart des néoplasmes uréthraux. Les douleurs vives et presque continues, éprouvées par certaines malades, portent quelquefois atteinte à la santé générale et sont l'origine de troubles variés.

L'obstacle apporté aux rapprochements sexuels, devenus douloureux, est une cause de stérilité.

Outre les dangers et les inconvénients inhérents aux tumeurs de l'urèthre en général, chacune d'elles, par sa nature même, présente des caractères de bénignité ou de malignité sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre, leur siège dans cette région n'influençant en rien ces propriétés.

On a cité quelques cas de tumeurs bénignes de l'urèthre ayant guéri spontanément; des faits de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

Étiologie des tumeurs de l'urèthre. — Les auteurs varient beaucoup relativement à l'époque de la vie de la femme où les tumeurs uréthrales auraient leur maximum de fréquence.

Pour les uns, ce serait surtout dans la jeunesse[1]. Pour d'autres, au contraire, après la ménopause, vers l'âge de cinquante ans[2].

Elles sont assez fréquentes chez les enfants, et nous en avons observé nous-même plusieurs cas chez des petites filles de six à sept ans. Du reste, en comparant les statistiques, il est facile de se convaincre que certaines variétés peuvent se rencontrer à tout âge.

On a fait jouer un grand rôle à la blennorrhagie dans l'étiologie de ces tumeurs. En exceptant les papillomes du méat, sur la production desquels l'uréthrite a une influence incontestable, son importance nous paraît avoir été exagérée par certains gynécologistes. On comprendrait difficilement, si leur opinion était exacte, pourquoi les tumeurs uréthrales seraient si rares chez l'homme, qui contracte cependant l'uréthrite virulente bien plus fréquemment que la femme.

La grossesse a une action sur le développement des végétations hémorrhoïdales de l'urèthre, comme sur celui de toutes les tumeurs hémorrhoïdales. M. Richet attache une grande importance étiologique à l'habitude que les rapports sociaux imposent aux femmes de garder longtemps leurs urines. Cet auteur invoque également, comme cause occasionnelle la situation normale de l'utérus en antéversion, situation qui gênerait la circulation en retour du système vasculaire de l'urèthre.

Avant de terminer ce qui a trait à l'étiologie, nous devons faire remarquer que dans beaucoup d'observations on ne peut pas se rendre compte de la nature histologique du néoplasme auquel on avait affaire, ce qui jette encore une certaine obscurité sur l'histoire de ces affections.

[1] A. Guérin, *loc. cit.*, p. 385.
[2] Blot, *Gazette des hôpitaux*, 1871, p. 514.

Traitement des tumeurs de l'urèthre. — Selon la situation, le volume et l'état sessile ou pédiculé de la tumeur, on doit avoir recours à des méthodes différentes de traitement. Si les polypes sont petits, à leur période de début, plutôt à l'état de granulations que de véritables polypes, on les détruira facilement à l'aide de cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, ou mieux avec l'acide chromique ou l'acide phénique cristallisé, en ayant bien soin de protéger les tissus ambiants contre l'action du caustique.

On a également conseillé, pour les tumeurs d'un petit volume, l'application de poudres astringentes en amenant la dessiccation[1]. Cette méthode, très employée il y a un certain nombre d'années, est à peu près abandonnée aujourd'hui. Nous en dirons autant de la ligature simple.

Pour les tumeurs nettement pédiculées et faisant saillie hors du méat, la torsion, au moyen d'une pince à polypes, peut suffire dans bien des cas. L'excision suivie de la cautérisation constitue un moyen de traitement souvent mis en usage. Si la tumeur est plus grosse, on aura recours au constricteur de Maisonneuve (fig. 32), à la pince de Wilde (fig. 33) ou à l'anse galvanocaustique.

Il ne faut jamais oublier, quand il s'agit des tumeurs de cette région, la facilité avec laquelle elles récidivent.

A la suite de l'excision, on voit se produire une hémorrhagie que l'on arrête le plus souvent par la cautérisation de la plaie. Si l'hémorrhagie continuait malgré ce moyen, on y obvierait en comprimant l'urèthre contre le pubis avec le doigt introduit dans le vagin, ou encore en plaçant une grosse sonde dans le canal uréthral.

[1] Poudre de sabine et sulfate de cuivre. . . āā P. E.
ou bien
Poudre de sabine et alun . . . . . āā P. E.

M. Richet préconise, contre les tumeurs hémorrhoïdales, la dilatation au moyen du dilatateur préputial de Thibault et l'excision d'un lambeau de la muqueuse.

Comme traitement général de cette sorte d'affection, les

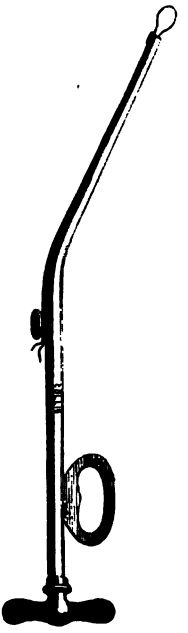


Fig. 32. — Petit constricteur de Maisonneuve.

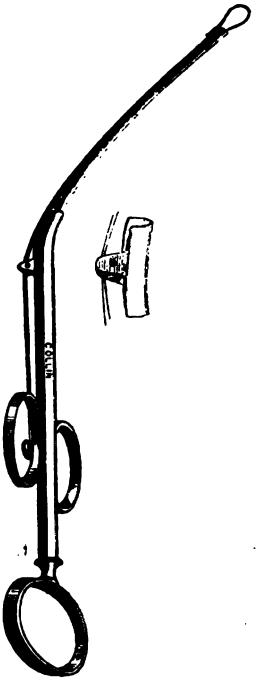


Fig. 33. — Pince de Wilde.

bains prolongés seront un utile adjuvant. Contre l'élément douloureux, on pourra introduire des suppositoires narcotiques.

Tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique, il est souvent nécessaire d'obtenir une dilatation du canal, suffisante pour laisser pénétrer le doigt jusque dans la vessie. Cette opération, tentée déjà par les chirurgiens du seizième siècle, n'est guère entrée dans la

pratique ordinaire que depuis un petit nombre d'années[1]. La dilatation peut se faire lentement par l'introduction de l'éponge préparée, de la laminaria, ou de bougies d'un calibre de plus en plus grand.

Ou bien elle peut être faite brusquement pendant le sommeil anesthésique, et c'est là le procédé le plus souvent employé.

Simon conseille d'introduire une série de spéculums uréthraux de plus en plus gros.

Arrivée à un certain degré, la distention tendrait à déchirer l'ouverture du méat. C'est là le point le plus résistant et le plus étroit en même temps de tout le canal uréthral. Aussi est-il préférable de pratiquer sur ce bord tendu trois ou quatre incisions d'un demi-centimètre environ de profondeur, après lesquelles la dilatation s'opère avec la plus grande facilité. On peut ainsi obtenir un orifice de 25 à 30 millimètres de diamètre sans avoir d'accidents à redouter[2]. La prudence conseille de ne pas aller au delà, au moins dans la dilatation brusque. Car on a vu des femmes atteintes d'atrésie vulvaire chez lesquelles, à la suite de tentatives répétées pour pratiquer le coït, l'élargissement de l'urèthre s'était produit lentement et d'une façon suffisante pour permettre les rapprochements sexuels par cette voie.

Le seul inconvénient qu'on aurait à redouter comme conséquence de cette opération serait l'incontinence d'urine. Cet accident est rare, et quand il se produit, sa durée ne se prolonge pas au delà de quelques jours. Dans cinquante cas recueillis dans le service de Simon, on n'a pas observé un seul fait d'incontinence d'urine persistante[3].

[1] Sur cette question, voyez le travail d'Hergott de Nancy, *Annales de Gynécologie*, 1876, t. V, p. 3.

[2] Longuet, *Annales de Gynécologie*, t. I, p. 216.

[3] Voyez Hergott, *loc. cit.*, p. 5.

La dilatation nous offre donc un précieux moyen, aussi bien au point de vue du diagnostic que du traitement des affections de l'urèthre et de la vessie chez la femme.

ANATOMIE NORMALE DU VAGIN

Le vagin est un conduit fibro-musculaire qui s'étend de la vulve à l'utérus. La direction de son axe, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, forme avec l'axe de l'utérus un angle très ouvert[1].

On a souvent décrit le vagin comme un tube légèrement recourbé. Il résulte cependant de l'étude des coupes pratiquées sur des cadavres congelés, que sa direction est plutôt rectiligne. Du reste, sa forme, sa longueur, ses dimensions varient considérablement selon les sujets et selon les conditions physiologiques.

Excepté à ses deux extrémités, le vagin représente une cavité virtuelle dont les parois aplaties sont immédiatement en contact l'une avec l'autre.

Il est facile de s'en assurer en examinant une coupe transversale de cet organe. On a ainsi, chez la femme adulte, une figure représentant deux lignes parallèles latérales, réunies par une fente transversale curviligne, à concavité dirigée en arrière (fig. 34). Chez l'enfant, la figure ainsi obtenue présente plutôt une apparence radiée.

Il résulte de cette disposition que les liquides ne pénètrent dans la cavité vaginale qu'à la condition que celle-ci soit préalablement dilatée. Le contact des deux parois a également une importance pratique relativement aux pansements et aux divers traitements que l'on aurait à leur appliquer.

[1] Voyez figure 49, page 228.

Le vagin présente à étudier, au point de vue de ses rapports, deux extrémités et quatre parois : une antérieure, une postérieure et deux latérales. Son extrémité inférieure est incomplétement fermée à l'état normal et chez la femme vierge, par l'hymen, dont nous avons décrit les différentes variétés à propos de l'anatomie de la vulve[1]. L'extrémité

Fig. 54. — Coupe transversale du vagin.

U. Urèthre. — V. Vagin. — R. Rectum. — L. Muscle releveur de l'anus.

vulvaire représente le point le plus étroit et le moins dilatable. Elle est entourée par deux muscles constricteurs. Le plus externe, ou constricteur de la vulve, est séparé du plus interne par le bulbe, véritable organe érectile.

Le constricteur interne est formé en partie de muscles lisses et en partie de muscles striés, ces derniers devenant plus nombreux en se rapprochant de l'orifice vulvaire. Les fibres lisses, qui entrent pour la plus grande part dans la structure de sa partie supérieure, se continuent avec les fibres circulaires du vagin et avec celles des liga-

[1] Voyez page 27.

ments larges. L'orifice vulvo-vaginal est donc muni d'un double anneau musculaire, dont chacun peut se contracter indépendamment de son congénère[1].

Vers leur extrémité supérieure, les parois se recourbent de dehors en dedans, pour venir embrasser le col de l'utérus, de façon que la muqueuse vaginale se continue directement avec celle qui revêt la surface externe du museau de tanche.

Les replis ainsi formés par la réflection du vagin venant s'insérer sur le col utérin portent le nom de *culs-de-sac vaginaux*. On les divise en antérieur, postérieur et latéraux.

On ne rencontre à la partie profonde aucun anneau élastique comparable à celui qui existe à l'extrémité vulvaire. L'extrémité vaginale supérieure présente, chez beaucoup de femmes, un certain degré de rétrécissement. Au contraire, chez d'autres, et principalement après des rapprochements sexuels fréquemment répétés, cette portion se dilate et devient assez vaste pour former en arrière du col utérin une espèce de poche copulatrice. (Fausses routes vaginales de Pajot[2].)

Les parois du vagin sont très-extensibles, ce dont il est facile de s'assurer par la quantité de charpie nécessaire pour pratiquer un tamponnement convenable. C'est avec raison que, dans ses leçons, M. Pajot insiste tout particulièrement sur cette disposition.

La paroi antérieure est en rapport avec la vessie sur une étendue de 2 à 3 centimètres. La mince couche de tissus qui sépare les deux cavités, ou cloison vésico-vaginale, ne dépasse pas 3 millimètres d'épaisseur environ.

[1] Le muscle releveur de l'anus a aussi une action sur le rétrécissement de la partie moyenne du vagin, comme nous le verrons à propos du vaginisme.

[2] *Bulletin général de thérapeutique*, 1874.

L'urèthre est également en rapport avec la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin. D'où la facilité que l'on a d'explorer par cette voie l'urèthre et une partie de la vessie.

La paroi postérieure est en rapport avec le rectum; elle en est séparée par un espace triangulaire, à sommet supérieur, dont la base, mesurée par la distance qui sépare la fourchette de l'anus, a de 20 à 25 millimètres.

Le tissu conjonctif lâche qui entre dans la structure de cet espace triangulaire, ou cloison recto-vaginale, permet facilement le glissement l'un sur l'autre des deux organes, vagin et rectum. Les rapports de la paroi postérieure avec le péritoine sont de la plus haute importance clinique. La partie supérieure de cette paroi qui constitue le cul-de-sac vaginal postérieur est recouverte par la séreuse dans une étendue de 12 à 15 millimètres.

Les parois latérales sont en rapport, en haut, avec l'aponévrose périnéale moyenne, le muscle releveur de l'anus qui y prend quelques insertions, et la partie inférieure des ligaments larges; en bas, avec le constricteur de la vulve, le bulbe et les racines du clitoris.

Ces parois sont cotoyées par les artères vaginales et par un grand nombre de vaisseaux veineux d'un très gros calibre. En avant et en arrière les veines sont moins nombreuses et d'un plus petit volume.

La longueur du vagin varie suivant une série de causes sur lesquelles nous reviendrons plus en détail quand nous nous occuperons du prolapsus utérin. Cette longueur n'est pas la même, selon les différents points observés. Tandis que le cul-de-sac postérieur mesure de 7 à 8 centimètres à partir de l'orifice vulvaire, le cul-de-sac antérieur n'a que 6 à 6 centimètres 1/2. Ce sont là les dimensions moyennes chez la femme adulte à l'état normal.

La muqueuse qui tapisse le vagin se continue en haut avec celle du col de l'utérus, en bas avec celle de la vulve. Elle est sillonnée de replis longitudinaux plus abondants en avant, qui constituent les *colonnes du vagin*. Plusieurs de ces replis se réunissent à la partie inférieure pour former à quelques millimètres au-dessus du méat un petit tubercule sur lequel nous avons déjà appelé l'attention[1].

Outre les plis longitudinaux, il existe également, sur la muqueuse vaginale, des plis transversaux. Il résulte du croisement de ces divers sillons une figure plus ou moins régulière située vers l'extrémité vulvaire, que l'on a appelée *lyre du vagin*.

Histologie. — Si l'on étudie une coupe transversale de cet organe, on voit qu'il se compose de trois couches principales. Une externe conjonctive, une moyenne musculaire et une interne muqueuse. La couche externe est formée par du tissu conjonctif lâche, remarquable par sa richesse en éléments élastiques.

On a décrit dans la portion musculaire plusieurs couches secondaires. Une interne, la plus épaisse, à direction longitudinale, une externe à direction circulaire et une moyenne intermédiaire aux deux autres, dont les faisceaux entrecroisés se relient à ceux des deux premières. Les fibres les plus internes envoient des prolongements dans le tissu sous-muqueux, et jusque dans les papilles de la muqueuse. Les faisceaux de fibres musculaires lisses qui entrent dans la structure du vagin sont séparés les uns des autres par de minces travées conjonctives et ne forment pas, par conséquent, un tout continu. Nous voyons du reste, pour le vagin comme pour l'utérus, qu'il n'y a pas de couches proprement

[1] Voyez page 13.

dites à direction déterminée et que les faisceux muasculaires longitudinaux, transversaux et obliques peuvent s'observer sur tous les points.

La muqueuse, hérissée de nombreuses papilles, diffère selon l'âge où on l'examine. Chez l'enfant nouveau-né, les papilles sont extrêmement développées et atteignent une longueur considérable. Au contraire, chez la femme adulte ayant eu des rapprochements sexuels, des accouchements, elles font une saillie peu accusée.

La muqueuse vaginale est munie d'un épais revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié. On a beaucoup discuté sur l'existence des glandes dans son épaisseur.

La présence du liquide, qui lubréfie ses parois, avait fait admettre par beaucoup d'auteurs, que ce produit à réaction acide provenait d'une sécrétion glandulaire. Cependant, quand il s'est agi de démontrer la situation de ces glandes, le résultat des recherches histologiques a toujours été négatif. Dans toutes les coupes que nous avons examinées, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, il nous a été impossible de constater la présence des glandes, d'accord en cela avec la plupart des anatomistes contemporains. Il n'y a d'organes glandulaires que vers l'extrémité inférieure, au voisinage de la vulve. Le liquide vaginal serait donc un produit d'exsudation et de desquamation épithéliale de la surface de la muqueuse.

La richesse nerveuse du vagin varie selon les points que l'on observe. Très grande vers l'orifice vulvaire, vers l'hymen ou les caroncules myrtiformes, elle diminue dans les parties moyennes et supérieures de ce conduit. On a signalé sur le trajet des nerfs la présence de nombreuses cellules ganglionnaires. On rencontre également dans cette région une grande abondance de vaisseaux lymphatiques.

PHYSIOLOGIE DU VAGIN

Le vagin a un double rôle physiologique. Premièrement il donne passage au flux menstruel et aux divers liquides qui peuvent s'écouler de la cavité utérine. En outre, son importance est grande dans les phénomènes de la parturition. Mais son rôle principal est relatif aux rapprochements sexuels. C'est le véritable organe copulateur femelle.

Le liquide qui lubréfie ses parois est un liquide blanchâtre, laiteux ou caillebotté. Il se compose de sérosité tenant en suspension des éléments figurés. Selon que les composants liquides ou solides dominent, l'aspect présenté par ce produit complexe pourra subir certaines variations. Pour peu que les éléments figurés soient nombreux, il revêt une couleur plus ou moins teintée de jaune.

Quand on introduit le spéculum, l'extrémité de l'instrument, en raclant les parois vaginales, amasse une certaine quantité de ce liquide opaque qui se rassemble au fond du canal, quelquefois en assez grande abondance, et pourrait faire croire à un état pathologique, si l'on n'était pas prévenu de ce fait absolument normal.

DÉVELOPPEMENT DU VAGIN

Le vagin se développe aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller. D'abord isolés l'un de l'autre, ceux-ci se soudent entre eux comme les canons d'un fusil double. Plus tard la cloison qui les sépare se résorbe pour aboutir à la formation d'un canal unique.

C'est à la partie supérieure de l'organe que commence cette fusion des deux canaux de Müller. Pour ce qui a trait à

leur communication avec l'extérieur par l'intermédiaire du sinus uro-génital ou de la vulve, nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit relativement à l'embryologie de la région vulvaire[1].

Le mode de développement du vagin uniquement aux dépens des canaux de Müller n'est pas admis par tous les auteurs[2]. Plusieurs gynécologistes partagent encore l'opinion qu'il se développe simultanément par trois points séparés. Pour eux, la partie supérieure proviendrait des canaux de Müller, la partie inférieure dépendrait de l'excavation vulvaire, la partie moyenne résultant d'un travail de résorption accompli dans le tissu embryonnaire qui sépare les deux segments supérieur et inférieur.

Cette hypothèse ne nous paraît pas en rapport avec les faits observés de vagins doubles qui accompagnent si souvent les utérus doubles. Ou bien il faudrait admettre que le travail de résorption se produit en même temps sur deux points séparés et symétriques de la masse embryonnaire[3].

Dans cette théorie, on fait commencer le vagin au-dessous de l'hymen, contrairement à ce que nous admettons, qu'il se termine inférieurement au niveau de cette membrane. On voit que, sur ce dernier point, il n'y a pas de différence entre les deux théories, mais seulement une diversité d'interprétation au sujet d'une division anatomique arbitraire.

En somme, il nous semble que l'opinion d'après laquelle le vagin provient en totalité des canaux de Müller est beau-

[1] Voyez page 31.

[2] On trouve la preuve de cette incertitude dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet au Congrès des médecins et naturalistes allemands. Voyez *Centralblatt für Gynäkologie*, 1878, p. 503.

[3] Delaunay, *Sur le cloisonnement transversal du vagin*, thèse, Paris, 1877, p. 34.

coup plus conforme à ce que nous apprend l'anatomie comparée, aussi bien que l'étude des arrêts de développement de cet organe.

ANOMALIES DU VAGIN

Le développement du vagin aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller, d'abord largement séparés l'un de l'autre, puis accolés et séparés seulement par une cloison, puis enfin réunis en un conduit unique par la résorption de cette cloison, nous donne l'explication de toutes les anomalies qu'on observe dans la structure de ce canal. Si l'un des deux tubes de Müller se développe seul, l'autre étant frappé d'arrêt, nous avons le vagin unilatéral. Si les deux sont arrêtés de bonne heure dans leur évolution, nous avons l'absence de vagin ou le vagin rudimentaire. Si la cloison persiste dans toute son étendue, il en résulte un vagin complètement cloisonné. Si elle persiste dans certains points seulement, nous aurons un cloisonnement incomplet.

Selon que l'étendue des tissus unissants sera plus ou moins considérable, nous verrons se produire un vagin incomplètement cloisonné longitudinalement, si la cloison persiste sur une longueur assez grande ; transversalement cloisonné, au contraire, si la couche de tissu unissant est mince.

En outre, des arrêts de développement partiels sur un ou plusieurs points amèneront une série de combinaisons qu'il serait trop long de passer en revue, mais qu'on s'expliquera très-bien, grâce aux notions d'embryogénie que nous avons résumées ci-dessus.

On a proposé des divisions de ces anomalies, différentes

selon les auteurs. M. Lefort[1] a admis la classification adoptée par Nélaton. C'est, à peu de chose près, celle que nous emploierons, car on peut y faire rentrer tous les cas connus jusqu'à ce jour.

Nous diviserons donc ces anomalies en cinq classes principales :

1° L'absence du vagin, ou vagin rudimentaire ;
2° Les ouvertures anormales du vagin ;
3° Les vagins à cloisons transversales ;
4° Les vagins à cloisons longitudinales ;
5° L'étroitesse du vagin.

1° L'absence du vagin est difficile à distinguer du développement rudimentaire, ce qui n'a, du reste, aucune importance au point de vue pratique.

Cette anomalie coïncide le plus souvent avec une semblable du côté de l'utérus. On trouve, dans ces cas, à la place du vagin, un cordon fibreux continu, ou fibreux à sa partie inférieure, creusé d'une cavité dans sa partie supérieure. La portion fibreuse peut aussi être située entre deux cavités se terminant en cul-de-sac plus ou moins oblique. Dans deux cas décrits par Scanzoni[2] comme arrêts de développement, on avait très probablement affaire à une persistance du canal uro-génital ; l'ouverture inférieure donnant à peine passage à une sonde de femme qui pénétrait à 11 et 12 centimètres de profondeur.

2° C'est également à une persistance de ce canal, vestige de la période embryonnaire[3], qu'on doit rapporter la plupart des observations d'ouvertures anormales du vagin.

[1] Lefort, *Vices de conformation de la vulve et du vagin*, thèse d'agrégation, 1865.
[2] *Loc. cit.*, p. 415.
[3] Voyez page 35.

3° Le cloisonnement transversal est dû à une imperforation de l'hymen, ou à une membrane en forme de diaphragme, située plus ou moins haut dans le canal vaginal. Le siège de la membrane obturatrice a une signification primordiale au point de vue de la différence d'origine. La membrane dépendant de l'hymen est située à l'extrémité inférieure du vagin [1]. La cloison résultant de la persistance, sur un point, de la division longitudinale embryonnaire est toujours placée plus ou moins au-dessus de cette extrémité. C'est ordinairement à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur que l'on rencontre cette sorte d'obstacle, c'est-à-dire à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire.

Ces cloisons sont en général uniques ; on en a cependant observé jusqu'à trois et quatre sur la même malade [2].

Tantôt complètes, tantôt incomplètes, ces divisions transversales ont une épaisseur variable en rapport avec leur structure. Les membranes minces sont uniquement constituées par du tissu conjonctif. Dans celles qui sont plus épaisses (5 à 6 millimètres), on trouve, en outre, un certain nombre de fibres musculaires lisses. Pour les membranes incomplètes, l'orifice qui fait communiquer les deux cavités est situé, soit à la partie centrale, soit latéralement. La forme et les dimensions de ces ouvertures sont des plus variables. Une cloison complète peut devenir incomplète sous l'influence d'une série de causes. C'est là un mode de guérison spontanée relative.

4° Les vagins doubles, c'est-à-dire séparés par une cloison longitudinale complète, s'accompagnent le plus souvent d'une division semblable de l'utérus. Il existe ordinaire-

[1] Voyez, à ce sujet, *Arch. für Gyn.*, t. X, p. 544, et Puech, *Annales de Gynécologie*, 1878, t. IX, p. 134.

[2] Delaunay, *loc. cit.*, p. 20.

ment, dans ces cas, deux hymens, un pour chaque vagin. Les deux conduits ne sont pas toujours parallèles, le gauche étant situé sur un plan plus antérieur que le droit.

Les cloisons longitudinales, comme les transversales, peuvent être complètes ou incomplètes. Dans les dédoublements partiels, les conduits présentent un diamètre égal, ou au contraire sont plus développés d'un côté que de l'autre.

La partie inférieure du vagin peut être double, son extrémité supérieure étant unique; ce qui est le plus en rapport avec la marche du développement. L'inverse s'observe également, et on a vu, avec un utérus double, la partie supérieure du vagin présenter cette même disposition, tandis que l'inférieure s'était fusionnée. La cloison peut être interrompue en un ou plusieurs points. D'où résultent des ouvertures faisant communiquer les deux conduits.

Dans les cas d'utérus unicorne et de vagin double, la moitié du vagin, correspondant à la partie de l'utérus non développée, reste à l'état rudimentaire. Ou bien avec l'utérus unicorne coexiste un vagin unilatéral.

5° L'étroitesse du vagin peut résulter de cette disposition unilatérale. Elle peut aussi être la conséquence d'un arrêt de développement, ayant atteint l'organe après la naissance. Aussi voyons-nous ces cas de vagin anormalement étroits, s'accompagner de l'état de l'utérus désigné sous le nom d'utérus fœtal ou infantile.

Symptômes. — Les accidents auxquels donnent lieu ces diverses anomalies varient avec le degré de l'arrêt de développement. Dans les cas de cloisonnement transversal, les symptômes diffèrent considérablement, selon que la cloison est complète ou incomplète. Une cloison transversale incomplète ne donne lieu en général à aucun trouble. A peine pourrait-elle constituer un obstacle aux rappro-

chements sexuels ou à l'expulsion du fœtus. On a cependant vu des cloisons incomplètes donner lieu à tous les phénomènes des oblitérations complètes.

Les symptômes se divisent en symptômes généraux et symptômes locaux. Les symptômes généraux ne se montrent guère qu'à l'époque de la puberté. Les cas où on a constaté l'existence, chez des enfants, d'une dilatation des organes génitaux consécutive à l'accumulation du mucus causée par une cloison vaginale, sont tout à fait exceptionnels [1]. Les troubles amenés par les cloisons transversales portent sur la fonction de menstruation, sur les rapprochements sexuels, sur la fécondation et les difficultés de l'accouchement ; ces dernières ne pouvant évidemment se produire que si le cloisonnement est partiel.

Au moment de la puberté, les femmes éprouvent toutes les manifestations physiologiques de la menstruation, excepté l'issue du sang par l'orifice vulvaire. Des douleurs de plus en plus vives reviennent à une époque régulière, forçant souvent les malades à s'aliter pendant plusieurs jours. Puis, surtout au début, tout rentre dans l'ordre jusqu'à la période suivante, où les douleurs reprennent avec une nouvelle intensité. L'attention des malades est souvent appelée par une rétention d'urine due à la compression de l'urèthre, sous l'influence de la tumeur que forme le vagin distendu.

La même cause amène, quoique moins souvent, une rétention des matières fécales.

Si on a affaire à un cas de vagin rudimentaire coïncidant presque toujours avec un utérus également rudimentaire, les symptômes généraux sont nuls, ou peu accusés. Des ovaires normaux peuvent exister avec un utérus et

[1] Breisky, *Archiv. für Gyn.*, t. II, p. 92.

un vagin rudimentaires, ce qui est tout à fait en rapport avec l'indépendance absolue du développement de ces divers organes.

L'étude des symptômes locaux nous donne des renseignements bien plus précis.

Dans les cas de vagin rudimentaire, on voit, en écartant les grandes lèvres, que l'orifice est oblitéré par un tissu dense ne cédant pas sous la pression du doigt. On n'observe, à l'exception de l'urèthre, aucune ouverture conduisant aux organes internes. Ou bien un enfoncement simple ou double se terminant en cul-de-sac à une distance très-rapprochée de la vulve.

Dans les cas de cloisonnement, on constate la présence d'une tumeur tendue, violacée, faisant saillie à la vulve et remontant dans le bassin quelquefois au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur augmente de volume à chaque époque menstruelle.

Si la cloison transversale ne porte que sur un des conduits, dans les cas de vagin double, on observe les symptômes de l'hématomètre unilatérale. Nous reviendrons plus longuement sur cette question, quand nous nous occuperons de l'hématomètre en général, après avoir étudié les vices de conformation de l'utérus. Souvent l'obstacle siège au-dessus de l'hymen conservé et parfaitement normal. Dans ces cas, le toucher rectal, combiné à l'introduction d'une sonde par l'ouverture hyméniale, pourra suppléer au toucher vaginal, si par celui-ci on s'exposait à la déchirure de l'hymen. Nous renvoyons, sur ce sujet, à ce que nous avons dit des précautions à prendre quand on doit pratiquer le toucher vaginal chez une vierge [1].

Diagnostic. — Quand on a constaté l'existence d'une obli-

[1] Voyez page 4.

tération du conduit vulvo-vaginal, il s'agit de se rendre compte de son siège et de sa nature. L'épaisseur des tissus constituant la cloison est très-difficile, presque impossible même, à apprécier, s'il n'existe pas de tumeur sanguine qui la repousse et la distende. Dans le cas de tumeur sanguine, on doit introduire le pouce dans le vagin et l'index dans le rectum pour arriver à se rendre compte de l'épaisseur de la membrane interposée.

Si la longueur du canal était trop considérable, on aurait recours aux index des deux mains, introduits, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum.

Le degré de profondeur du vagin permet de préciser le siège de la cloison. S'il a conservé sa longueur normale, nous serons probablement en face d'une atrésie utérine. S'il est, au contraire, considérablement raccourci, ce sera une atrésie vaginale. La présence ou l'absence de l'hymen indiquera si c'est au vagin qu'on a affaire, ou à une persistance du sinus urogénital refoulé.

Le point où siège la cloison transversale différencie l'imperforation de l'hymen, du cloisonnement proprement dit. L'hymen imperforé est quelques fois repoussé et donne lieu ainsi à la présence d'un cul-de-sac plus ou moins profond qui pourrait en imposer et faire croire à un obstacle situé plus haut. Dans ces cas là, la présence des caroncules myrtiformes sera le signe certain d'un cloisonnement. Leur absence ne pouvant coexister qu'avec un refoulement de l'hymen ou la persistance du sinus urogénital.

Dans beaucoup d'observations, le silence gardé à ce sujet empêche de savoir à laquelle de ces anomalies on avait affaire.

Les difficultés de diagnostic, pour les cloisons incomplètes, présentent surtout de l'importance chez lafemme à l'état gravide. Au moment de l'accouchement, on peut con-

fondre une cloison transversale avec une absence de la portion vaginale du col, ou avec un col effacé par de nombreux accouchements. Si l'orifice de la membrane permet l'introduction du doigt, on sentira le col au delà de l'obstacle: un certain espace existant entre les deux. Si l'ouverture est très-étroite, le diagnostic peut être embarrassant. Cependant la membrane oblitérante est plus facile à refouler, moins résistante que le col de l'utérus. Sa surface lisse, égale, son aspect brillant, tendu, observé au moyen du spéculum, présentent une série de caractères différents de ceux du col utérin. La longueur du vagin nous fournira encore ici un moyen de diagnostic.

La sonde introduite dans l'urèthre et le doigt dans le rectum constituent également un procédé d'exploration qui ne devra pas être négligé.

Pronostic. — Le pronostic des anomalies vaginales varie selon les cas. Les vagins rudimentaires sont une cause absolue de stérilité, surtout par leur fréquente coïncidence avec un utérus rudimentaire.

Les cloisons transversales incomplètes sont d'un pronostic généralement favorable. Elles peuvent cependant causer un obstacle aux rapprochements sexuels et à la fécondation. Au moment de l'accouchement, souvent la déchirure de la membrane, quelle que soit sa nature, a lieu spontanément. Dans d'autres circonstances, la présence de ces brides réclame une intervention chirurgicale.

Les cloisons complètes, outre l'impuissance et la stérilité, entraînent encore avec elles des dangers considérables. La distension exagérée des organes génitaux peut amener des accidents mortels par le passage du sang dans la cavité péritonéale, le plus souvent à travers une rupture des trompes, ou par une hémorrhagie provenant de la déchirure des

adhérences à la suite de la suppression brusque de cette distension. L'atrésie complète du vagin peut donc amener une terminaison funeste si on n'intervient pas. Et les opérations pratiquées en vue de remédier à ces mêmes dangers exposent également la vie des malades.

Étiologie. — Les cloisonnements du vagin sont congénitaux ou acquis. Les premières formes, de beaucoup les plus fréquentes, sont dues à un arrêt de développement survenu pendant la vie embryonnaire, d'un ou des deux canaux de Müller.

Les oblitérations acquises sont le plus souvent incomplètes et constituées uniquement par des brides d'épaisseur variable; on en a vu, néanmoins, de complètes, quoique non congénitales.

C'est à la suite de fièvres graves, variole, rougeole, fièvre typhoïde, que s'établissent le plus souvent ces adhérences. Des brûlures, des traumatismes, des vaginites intenses, peuvent également donner lieu à ces productions. La gangrène du vagin, principalement sous l'influence de l'accouchement, a été aussi le point de départ de membranes oblitérantes.

Dans les cas de cloisonnement congénital, l'obstacle siège presque toujours plus bas que dans les cas où cet accident s'est produit après la naissance.

Traitement. — Les indications diffèrent, selon que l'utérus fonctionne ou non, selon qu'il y a ou non une tumeur. S'il n'y a pas de tumeur, l'opération présente des difficultés beaucoup plus grandes que dans le cas contraire. Aussi faudra-t-il, auparavant, chercher à s'assurer de l'existence de l'utérus et des ovaires. Si ceux-ci manquent, la seule utilité d'une intervention serait de faciliter les rapprochements sexuels; car l'absence d'issue ne présente pas d'inconvénient s'il n'y a aucun produit à expulser.

Il n'en est plus de même si l'utérus fonctionne; dans cette dernière hypothèse, en l'absence d'un traitement chirurgical, la vie est sérieusement compromise.

Si l'obstacle à l'écoulement des menstrues ne consiste qu'en une simple membrane, une incision longitudinale ou cruciale suffit dans le plus grand nombre des cas.

Mais si les tissus interposés sont épais et qu'il faille s'y frayer un chemin pour constituer le vagin, l'opération devient beaucoup plus laborieuse, et l'on a à craindre de blesser le rectum ou la vessie. En outre, même après une opération réussie, on est encore exposé aux rétrécissements secondaires.

Doit-on opérer en une seule fois, ou au moyen de ponctions successives, précédant l'incision?

D'après M. Gosselin, c'est la dimension de la tumeur qui doit décider le chirurgien à employer l'une ou l'autre de ces deux méthodes.

Si la tumeur est considérable et dépasse l'ombilic, on doit recourir à la méthode des ponctions successives, pour éviter par ce moyen la rupture des adhérences, qui pourrait être amenée par une distension trop brusque.

Au contraire, si l'on a affaire à une petite tumeur ne remontant pas jusqu'à l'ombilic, l'ouverture immédiate serait indiquée. L'incision devra être large, de façon à pouvoir pratiquer des lavages réitérés de la poche.

La décomposition putride des restes de produits sanguins est, en effet, une cause fréquente de mort après l'opération[1].

Certains chirurgiens se sont, au contraire, élevés contre l'emploi des lavages et des injections, et il existe plusieurs observations où l'incision seule a amené la guérison.

[1] Voyez, à ce sujet, *Gazette des hôpitaux*, 1866, n° 50, 69, 71, 84 et 116.

Nous résumerons, en terminant ce chapitre, le manuel opératoire.

La vessie et le rectum préalablement vidés, la malade est placée dans la position de la taille. Au moyen du doigt de la main gauche introduit dans le rectum et d'un cathéter placé dans l'urèthre et maintenu par un aide, on dirigera ses manœuvres.

Dans un premier temps on fera une incision transversale, ou mieux légèrement courbe à concavité antérieure, à égale distance du rectum et de l'urèthre. On s'aidera ensuite des doigts plutôt que du bistouri, pour décoller les tissus, en ayant soin de se tenir toujours le plus près possible de la paroi rectale dont la lésion, ainsi que celle de la vessie, présente le plus grand écueil de l'opération.

Dans un deuxième temps, quand on sera arrivé sur la tumeur, on l'incisera largement. Après avoir débarrassé la poche du sang et des caillots qu'elle contient, on fera des injections détersives, et on aura soin de continuer pendant longtemps la dilatation, pour obvier aux rétrécissements secondaires qu'on observe fréquemment[1].

Le manuel opératoire variera nécessairement selon les cas.

M. Lefort a proposé l'emploi de l'électrolyse, continuée pendant un certain temps, pour arriver à creuser peu à peu un canal à travers les tissus[2].

Dans les cas de cloisons incomplètes, l'intervention sera indiquée s'il y a empêchement dans les rapports sexuels.

Chez les femmes enceintes il est préférable d'attendre pour agir les indications fournies pendant le travail; les

[1] Ce procédé opératoire était celui préconisé par Dolbeau et décrit dans la thèse d'un de ses élèves. Bonecaze, *Traitement chirurgical des imperforations congénitales du vagin*, thèse de Paris, 1872.

[2] Lefort, *Académie de médecine*, 1876. Anal. dans les *Archives de tocologie*, 1876, p. 747.

opérations pratiquées sur les organes génitaux exposant les malades aux dangers d'un avortement.

DE LA VAGINITE

Nous diviserons la vaginite en *aiguë* et *chronique*.

Vaginite aiguë.

Anatomie pathologique. — L'inflammation de la muqueuse peut n'envahir que le vagin, ou s'étendre à la vulve, à l'urèthre, aux glandes vulvo-vaginales, à la muqueuse utérine. La muqueuse vaginale est souvent atteinte dans toutes ses parties; tandis que dans d'autres cas, les lésions sont localisées sur certains points, principalement les replis du canal vaginal.

Le revêtement muqueux est épaissi dans son ensemble et présente de petites saillies disséminées, de 1 à 3 millimètres de diamètre, qui lui donnent un aspect irrégulier et comme chagriné. Ces saillies, quelquefois assez confluentes pour recouvrir toute la surface, constituent alors un caractère particulier qui a fait donner à cette forme le nom de *vaginite granuleuse*.

Ces nombreuses éminences, de dimensions variables, sont dues à une hypertrophie des papilles normales.

On les avait attribuées autrefois à l'augmentation de volume des glandes, opinion dont il n'y a pas lieu de tenir compte, puisqu'il n'existe pas de glandes dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale à l'état physiologique.

Sous l'influence de certaines causes et surtout de la puerpéralité, on voit se développer des *vaginites gangréneuses* pouvant entraîner de vastes pertes de substance.

On observe également des abcès dans le tissu sous-

muqueux. L'inflammation, au lieu de se localiser et de se limiter à la production d'un abcès, peut s'étendre à tout le tissu conjonctif qui entoure le vagin. Ces *périvaginites phlegmoneuses* ou *disséquantes*, comme on les a appelées, envahissent peu à peu le tissu conjonctif du petit bassin et amènent des accidents assez graves pour compromettre la vie[1].

Les *fausses membranes diphthéritiques* s'observent sur la muqueuse vaginale aussi bien que sur d'autres. La gravité de la maladie générale enlève, dans ces cas, toute son importance à la lésion locale[2], qui n'en est qu'une des nombreuses manifestations.

Chez certaines femmes, au moment de la période menstruelle ou à la suite d'injections astringentes, on constate l'expulsion de lambeaux souvent assez étendus de la muqueuse du vagin, figurant même parfois un moule complet de tout le canal. Ces sortes de membranes ont été confondues avec celles qui proviennent de la cavité utérine. Un simple examen microscopique permettra de les différencier,

Leur structure, uniquement composée de grandes cellules d'épithélium pavimenteux, ne permet de les confondre avec aucun autre produit.

Quelques gynécologistes ont désigné cette desquamation en masse, sous le nom de *vaginite exfoliante*.

Symptômes. — Si on regarde la muqueuse vaginale dans les cas de vaginite aiguë, on constate qu'elle présente une rougeur des plus vives parsemée de nombreux points plus foncés et plus obscurs. Ces points représentent les papilles hypertrophiées ou granulations. L'épithélium ayant disparu

[1] Marconnet, *Archives de Virchow*, t. XXXIV, p. 2, et Minkiewitsch, *id.*, t. XLI, p. 437.

[2] Nous devons rappeler ici, que ce que les Allemands appellent inflammation diphthéritique ou croupale, n'a nullement la signification que nous donnons chez nous au mot *diphthérie*.

sur une plus ou moins grande étendue, la muqueuse saigne au moindre contact. On voit s'écouler par la vulve un liquide muco-purulent ou purulent, souvent mêlé de sang.

Cet écoulement verdâtre, tachant fortement le linge, contracte une odeur nauséabonde.

Dans les cas intenses, tout attouchement est douloureux, au point de rendre l'introduction du speculum impossible. Si le toucher peut être pratiqué, on sent les rugosités, les inégalités formées par les nombreuses granulations de la muqueuse. Les malades se plaignent d'un sentiment de constriction, de chaleur, de prurit, dans la région vulvo-vaginale.

Ces sensations s'accompagnent, d'ordinaire, de tenesme vésical et anal, ou d'un certain degré de vaginisme.

On peut constater également des douleurs abdominales, surtout si la vaginite a amené de la métrite ou de la périmétrite, dont elle est quelquefois le point de départ, comme nous le verrons à propos de l'étiologie de ces affections.

Diagnostic. — On ne confondra pas le pus résultant d'une vaginite avec les écoulements de même nature provenant soit de l'utérus, soit d'un abcès ou d'une collection purulente ouverte dans le vagin.

La grande difficulté du diagnostic réside dans la nature de l'affection elle-même. A-t-on affaire à une vaginite blennorrhagique ou à une vaginite simple? Il n'y a aucun caractère certain qui permette de les différencier. La présence des parasites, et principalement du *trichomonas vaginalis* dans les liquides acides qui baignent le vagin, considérée par quelques-uns comme spécifique, n'a donné jusqu'à ce jour aucun renseignement utile,

La coexistence de l'uréthrite avec la vaginite rendra très-probable l'origine blennorrhagique de l'affection[1].

[1] Gosselin, *loc. cit*, t. II, p. 248, et A. Guérin, *loc. cit.*, p. 285.

Pronostic. — La vaginite aiguë, simple ou blennorrhagique, soumise à un traitement convenable, disparaît ordinairement dans l'espace de trois à quatre semaines. Elle peut passer à l'état chronique et sa durée se prolonge alors au delà de cette époque.

La propagation du côté de la cavité utérine, et surtout les accidents qu'elle amène quelquefois du côté du péritoine, peuvent rendre son pronostic grave.

A la suite des inflammations intenses de la muqueuse vaginale, on a vu se produire des adhérences, des brides unissant les deux parois, pouvant même être cause d'une occlusion complète.

Étiologie. — La vaginite aiguë est le plus souvent spécifique et dûe au contact d'un liquide virulent. Nous n'avons pas à revenir ici sur ce que nous avons dit relativement aux anciennes doctrines, qui faisaient considérer la blennorrhagie comme pouvant être le point de départ de la syphilis[1].

La vaginite aiguë a également une origine inflammatoire simple, dans les cas de traumatisme, d'introduction de corps étrangers dans le vagin.

Les exanthèmes fébriles, rougeole, scarlatine, la fièvre typhoïde, s'accompagnent souvent de vaginite ou de vulvo-vaginite.

La vulvite occasionnée, chez les enfants, par la présence des oxyures peut se propager de proche en proche et se transformer en vulvo-vaginite.

L'impression du froid, surtout pendant l'époque menstruelle, a été accusée d'avoir amené le développement de cette affection.

La forme granuleuse est assez fréquente chez les femmes

[1] Voyez page 120.

enceintes. Mais elle ne leur est pas spéciale, comme quelques auteurs l'ont avancé, et on rencontre la vaginite granuleuse de nature blennorrhagique chez des femmes vierges d'enfants et à l'état de vacuité.

Traitement. — Dans les premières périodes de la forme aiguë, le traitement consistera surtout en des boissons, des lotions, des injections tièdes et émollientes. Dès qu'on pourra pénétrer dans le vagin sans causer trop de douleur, on devra introduire des tampons chargés de substances médicamenteuses. Le coaltar saponiné, ou une solution d'acide phénique à 1/300, nous a donné de bons résultats. On peut aussi avoir recours aux badigeonnages de la muqueuse avec une solution concentrée de nitrate d'argent 1/30. Pour réussir avec ce dernier procédé, il faut avoir bien soin d'atteindre *toute la surface malade*, col de l'utérus, culs-de-sac et replis du vagin. Ce moyen, qui n'a que l'inconvénient d'être un peu douloureux, sera renouvelé tous les trois ou quatre jours.

Quel que soit le médicament employé, le séjour des tampons d'ouate ou de charpie possède le grand avantage d'isoler l'une de l'autre les parois du canal, ce qui facilite beaucoup la guérison.

Vaginite chronique (fleurs blanches, leucorrhée vaginale).

Nous réunissons dans un même chapitre, des affections considérées par beaucoup d'auteurs comme différentes l'une de l'autre. Nous nous étendrons davantage sur les causes qui nous ont engagé à agir ainsi, quand nous arriverons à l'histoire de la métrite.

Anatomie pathologique. — La muqueuse, dans la vaginite chronique, ne présente plus cette couleur rouge intense que nous lui avons vue dans la forme aiguë, mais revêt une coloration violacée, livide. Sa surface est atteinte, par places,

d'excoriations de dimension et de profondeur variables. Elle présente également des granulations, siégeant le plus souvent sur la paroi antérieure.

A la suite de la vaginite chronique, il se produit quelquefois un ramollissement de la muqueuse ou du tissu conjonctif sous-muqueux qui peut amener un prolapsus du vagin. Tantôt c'est seulement la paroi antérieure qui constitue le prolapsus, tantôt toute la muqueuse herniée vient former un bourrelet circulaire à l'orifice vulvaire.

Symptômes. — Le principal symptôme de la vaginite chronique consiste dans la nature et l'abondance de l'écoulement. A l'état normal le vagin est lubrifié par un liquide que les auteurs décrivent comme transparent. Mais ce liquide transparent est tout à fait exceptionnel; et, même chez des femmes bien portantes, il présente un aspect plus ou moins louche, plus ou moins coloré en jaune.

Les liquides produits par le vagin diffèrent de ceux qui proviennent de l'utérus, par leur absence de viscosité et leur apparence caillebotée.

Leur quantité peut prendre des proportions telles, qu'elle devienne une cause de gêne pour les malades et de dégoût pour ceux qui ont avec elles des rapprochements sexuels.

Quant à l'action que ces écoulements exercent sur la santé générale, on doit établir une grande différence entre les leucorrhées de provenance vaginale et celles fournies par la muqueuse utérine. Les premières peuvent atteindre une très-grande abondance, sans que la santé des femmes paraisse s'en ressentir.

Il n'en est pas de même pour les leucorrhées utérines, dont le retentissement sur l'organisme ne tarde pas à se manifester.

Dans la vaginite chronique, les caractères de l'écoulement sont très-variables. Tantôt à peine coloré, il empèse le linge

ou le tache en blanc faiblement teinté de jaune. D'autres fois plus ou moins purulent, il se rapproche de la couleur verte qu'on observe dans les cas aigus.

Les douleurs vagues, éprouvées par les malades, sont, le plus souvent, sous la dépendance de l'affection dont l'écoulement vaginal n'est qu'un épiphénomène.

Si la forme chronique a succédé à la forme aiguë, toutes les manifestations de cette dernière disparaissent, sauf l'écoulement.

Diagnostic. — Quand une vaginite virulente cesse-t-elle de l'être? et toute espèce de vaginite ne peut-elle pas communiquer une uréthrite purulente? Voilà deux questions bien difficiles à résoudre et sur lesquelles les auteurs sont loin de s'entendre.

En général la blennorrhagie ne résulte que du contact avec le pus blennorrhagique. Dans bien des circonstances, une blennorrhagie ancienne, localisée aux conduits des glandes vulvo-vaginales ou aux glandules périuréthrales, ne donne pas fatalement lieu à des accidents. C'est ce qui explique pourquoi, au moment des règles ou sous l'influence d'excitations sexuelles répétées, la sécrétion, augmentant sur ces divers points, chasse à l'extérieur une goutelette de pus, qui dans d'autres circonstances n'aurait pas été expulsée. Il n'est pas impossible que sous l'influence de causes qui nous sont inconnues, un écoulement vaginal simple acquière des propriétés contagieuses.

Ces faits doivent être exceptionnels, et nous avons souvent constaté, après tant d'autres gynécologistes, que des écoulements muco-purulents abondants, des liquides sanieux provenant d'un cancer du col chez la femme, n'avaient aucune influence sur l'urèthre du mari. Il y a aussi des observations très-curieuses, montrant une espèce d'accoutumance. Une femme ne communiquant rien à l'homme avec lequel

elle a des rapports habituels, donnant au contraire la blennorrhagie à celui qu'elle voit pour la première fois. Ces questions de contagiosité sont encore bien obscures, et on ne doit pas s'en étonner, en considérant les causes d'erreurs auxquelles on est forcément exposé ainsi que les difficultés qui entourent ce genre de recherches.

En somme, le meilleur signe de la vaginite spécifique, c'est l'uréthrite concomitante. Quand celle-ci fait défaut, il est presque impossible de se prononcer sur la nature de l'affection.

Pronostic. — La vaginite chronique est quelquefois très-rebelle. Il ne faut pas oublier que celle qui succède à une blennorhagie aiguë, peut se localiser dans les culs-de-sac, dans le col utérin, l'urèthre et les canaux des glandes de Bartholin. D'où le danger des formes latentes, au point de vue de la contagion. Ces inflammations prédisposent à la longue au prolapsus vaginal.

Étiologie. — La vaginite chronique succède souvent à la forme aiguë. Dans beaucoup de circonstances, cependant, cette affection se développe peu à peu et sans avoir été précédée par une période d'acuité. Toutes les causes énumérées comme amenant la vaginite aiguë, peuvent également être invoquées, dans la forme chronique; l'abus du coït, le séjour d'un pessaire, l'introduction de corps étrangers.

Très-souvent elle est symptomatique d'une autre affection. C'est ainsi qu'elle accompagne les divers degrés de la métrite, les néoplasmes de l'utérus, les tumeurs de l'ovaire, du rectum, de la vessie, et tout ce qui entrave la circulation du petit bassin. La grossesse entraîne fréquemment avec elle un certain degré de vaginite, qui peut, comme nous l'avons vu, subir des exacerbations et revêtir la forme aiguë.

La chlorose et la scrofule s'observent souvent chez les femmes atteintes d'écoulements vaginaux chroniques. Chez les enfants, et surtout chez les enfants scrofuleux, la vulvo-vaginite chronique, se rencontre avec un assez grand degré de fréquence.

Cette même affection n'est pas rare chez les femmes ayant dépassé la ménopause et coïncide parfois avec une atrophie sénile de l'utérus.

On a invoqué pour expliquer ces vaginites des vieilles femmes, la disposition béante de l'orifice vulvaire qui n'opposerait ainsi aucun obstacle à la pénétration des poussières et de l'air froid.

Nous avons dit également, que, surtout chez les vieilles femmes, les exanthèmes vulvaires peuvent se propager à la muqueuse vaginale [1].

Traitement. — Le traitement de la vaginite chronique devra être en même temps local et général. Comme traitement local, les tampons imbibés de coaltar auront une action moins efficace dans les cas de date ancienne, sauf pour les blennorrhagies aiguës passées à l'état chronique.

Les astringents seront ici employés de préférence ; le tannin, l'alun, le sulfate de zinc, mais surtout le premier des trois [2].

[1] Voyez p. 62.

[2] Nous employons souvent les formules suivantes :

Tampons d'ouate ou de charpie imbibés d'une de ces solutions.

SOLUTIONS.

Acide phénique cristallisé.	15 centigr.
Alcool.	Q. S. pour dissoudre;

ajoutez :

Tannin	4 grammes.
Glycérine	30

ou

On peut aussi avoir recours aux injections avec les mêmes substances plus ou moins diluées, mais celles-ci sont bien loin de présenter les avantages des pansements

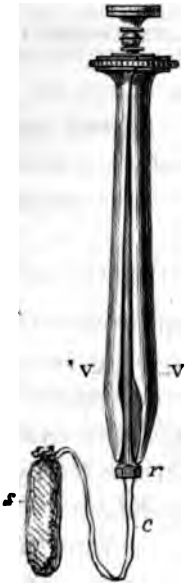


Fig. 35. — Porte topique de Delisle.

V. V. Valves. — *s*. Tampon. — *c*. Fil servant à retirer le tampon.

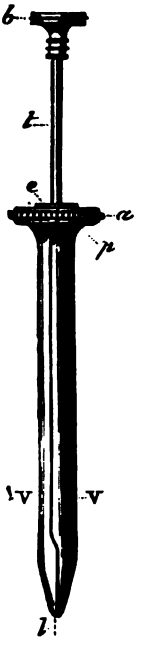


Fig. 36. — Porte topique de Delisle.

b. Bouton sur lequel on presse pour faire glisser la tige du piston *t*. — *a*. Anneau de caoutchouc entourant le pavillon *p*, et servant à maintenir les valves au contact l'une de l'autre. — *e*. Bouchon fermant l'ouverture du pavillon *p*, et dans lequel glisse la tige du piston.

répétés. Elles pourront être faites, conjointement et dans l'intervalle des pansements, avec des eaux alcalines.

Comme traitement général, le fer associé aux amers, le quinquina, seront indiqués chez les femmes chlorotiques

Acide phénique cristallisé	0,50 centigr.
Alcool	5 grammes.
Eau	100 —
Tannin	10 —

ou anémiques. L'huile de foie de morue, l'iode, les bains sulfureux, devront en être la base chez les sujets entachés de scrofule.

Enfin l'hydrothérapie, soit simple, soit avec des eaux minéralisées, doit être considérée dans ces cas-ci, ainsi que dans la plupart des maladies des femmes, comme un excellent moyen reconstituant.

TUMEURS DU VAGIN

Kystes du vagin.

Les kystes du vagin constituent une affection assez rare et peu ou mal connue jusqu'à présent, quoique les quelques travaux publiés sur cette question dans ces dernières années, aient jeté un certain jour sur leurs différentes variétés.

Anatomie pathologique. — L'opinion que les kystes du vagin étaient dûs à une rétention glandulaire a été généralement admise par la plupart des auteurs (Huguier,

POMMADE.

Alun. . . . . 5 grammes.

triturez avec

Glycérine ou eau. . . . . Q. S.
Axonge. . . . . 30 grammes.

SUPPOSITOIRES.

Tannin . . . . . 0,30 centigr.
Beurre de Cacao. . . . . 4 grammes.

Quelques malades éprouvent des difficultés à introduire elles-mêmes les tampons. On obviera à cet inconvénient au moyen de divers instruments (fig 35 et 36) tels que ceux de Delisle ou de Barnes.

On a préconisé contre la vaginite, des bougies médicamenteuses composée d'une enveloppe soluble et contenant une poudre astringente. Ce mode de pansement peut donner de bons résultats.

Guérin), et soutenue encore il y a peu de temps par Preuschen [1].

Huguier avait même divisé les kystes en superficiels ou profonds, selon l'espèce de glande qui leur donnait naissance.

Il y a une objection primordiale à opposer à cette théorie ; c'est, qu'excepté vers l'orifice vulvaire, la muqueuse du vagin ne possède pas de glandes, ainsi que cela résulte des observations de Kölliker, de Frey, de Robin, de Pouchet, et de toutes celles que nous avons faites nous-même. Aussi a-t-on généralement abandonné l'idée de l'origine glandulaire de ces kystes [2].

Nous les diviserons en *superficiels* et *profonds*.

Kystes superficiels.

Les kystes superficiels de la muqueuse vaginale varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette. Leur surface est polie, lisse et brillante. Les uns adhèrent par une large base aux tissus sous-jacents, d'autres sont plus ou moins pédiculés donnant lieu à des sortes de polypes.

Leur paroi est mince et transparente, leur contenu consiste en un liquide plus ou moins filant, généralement incolore.

Ces kystes seraient dûs à deux modes de formation différents. Ou bien ils résulteraient du soulèvement des couches superficielles de l'épithélium, ou bien ce serait de petits myxomes [3]. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'étudier ces formes superficielles.

Quand ils siègent à la partie inférieure au voisinage de

[1] Preuschen, *Die Cysten der Vagina*, *Centralblatt für med.*, 1871, p. 773.

[2] Eustache, *Mémoire sur les Kystes du vagin.* (*Archives de tocologie*, 1878, p. 191.)

[3] Eustache, *loc. cit.*, p. 207.

la vulve, rien ne s'oppose à ce qu'on admette leur origine glandulaire. Huguier dit en avoir souvent rencontré auprès de l'urèthre. Dans ces dernier cas, il ne s'agissait plus de kystes vaginaux, mais plutôt de kystes vulvaires. Puisque, pour nous, c'est l'hymen ou les caroncules myrtiformes, qui limitent inférieurement le vagin.

Winckel en a décrit une variété qu'il a observée uniquement chez les femmes enceintes[1]. Il existerait, dans ces cas, une production de nombreux kystes agglomérés et saillants sur la muqueuse épaissie.

Ceux-ci se rencontrent le plus souvent dans la partie supérieure du conduit vaginal. Situés très-superficiellement, ils tranchent par leur coloration grise sur le ton rouge vif de la muqueuse ambiante. Leur volume ne dépasse guère celui d'un grain de chenevis ou d'un pois.

Le liquide qu'ils contiennent est plus séreux, moins filant que celui des kystes ordinaires. On en a vu également dont le contenu était gazeux, et qui s'affaissaient si on les piquait, en produisant le bruit caractéristique de l'air s'échappant par un petit pertuis (Winckel). Les points où ils siégeaient étaient recouverts d'une couche mucopurulente très-épaisse. C'est donc là une sorte de vaginite kystique des femmes enceintes.

Kystes profonds.

Les kystes profonds ont été mieux étudiés que les précédents, au moins comme structure anatomique. Ils sont situés au-dessous de la muqueuse dont ils sont tout à fait indépendants et même séparés par une épaisse couche de tissus, comme on pourra en juger par l'examen de la figure 57

[1] Winckel, *Ueber die Cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangerern vorkommende Colpohyperplasia cystica.* (*Archiv. für Gyn.* 1871, t. II, p. 383).

dessinée à la chambre claire, d'après une de nos préparations.

Ils sont ordinairement placés à une certaine distance de l'orifice vulvaire (4 ou 5 centimètres), plus souvent dans la paroi antérieure [1].

La plupart du temps, ces kystes sont uniques, (82 pour 100.)

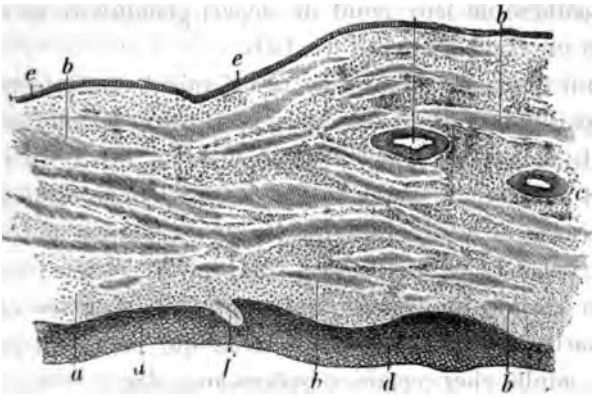


Fig. 37. — Coupe de la paroi antérieure d'un kyste du vagin (grossissement de 40 diam

a. paroi vaginale principalement formée de tissu conjonctif et séparant la surface du vagin de la cavité kystique. — *b*. Faisceaux de fibres musculaires lisses coupés en différents sens. — *c*. Coupe transversale de vaisseaux. — *d*. Revêtement du vagin formé de plusieurs couches d'épithélium pavimenteux. — *e*. Revêtement de la paroi kystique constitué par une seule couche d'épithéliun cylindrique aplati. — *f*. Papille coupée longitudinalement.

Les observations où il en existait deux ou plusieurs sont beaucoup plus rares, et on en a cité au maximum cinq dans un même vagin (Kiwisch).

Leurs parois sont beaucoup plus épaisses que celles des kystes superficiels.

Leur contenu est très-variable. Tantôt clair, muqueux, filant, il présente, dans d'autres cas, une coloration brunâtre, couleur chocolat.

La cavité kystique est revêtue d'une couche d'épithélium cylindrique aplati (fig. 37, e) que l'imprégnation d'argent nous a permis de bien étudier.

[1] Dans les 50 cas réunis par Winckel, 19 fois ils étaient situés en avant 14 fois en arrière, 5 fois seulement sur les parois latérales.

Les kystes profonds atteignent des proportions bien plus considérables que les superficiels. On en a vu qui présentaient les dimensions d'une noix, d'un œuf de poule, d'une poire, d'une orange[1].

L'origine de ces kystes profonds est encore assez obscure. L'hypothèse de leur point de départ glandulaire ne résiste pas à un examen attentif des faits.

Pour quelques auteurs, ils résulteraient d'une formation comparable à celle des bourses séreuses accidentelles (Verneuil). Mais dans les bourses séreuses, il existe un revêtement endothélial composé de grosses cellules plates très-différentes de l'épithélium qui tapissait ceux que nous avons observés.

On a admis qu'ils pouvaient se produire dans les canaux de Gartner, restes du canal de Wolf qui persistent jusqu'à l'âge adulte chez certaines espèces animales.

Cette origine, quoique possible dans certains cas, n'a jamais été démontrée, et a contre elle la rareté des kystes vaginaux situés sur les parties latérales (2 1/2 pour 100) ; en outre, la persistance des canaux de Gartner est un fait exceptionnel chez la femme adulte.

Les collections sanguines développées dans les parois vaginales (hématomes) peuvent également, selon quelques anatomistes, être le point de départ de formations kystiques.

Enfin on a observé dans le vagin, des kystes multiloculaires revêtus de formes épithéliales diverses, et présentant des saillies, des bourgeonnements comparables à ce qu'on voit sur certains kystes de l'ovaire[2]. La présence de l'épi-

[1] Bouvel, *loc. cit.*, t. II, p. 599. Hörder a cité un cas de kyste du vagin de la grosseur du poing, à développement rapide. (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 324).

[2] *Zusammengesetzte Cyste der Scheide.* (Kaltenbach, *Arch. f. Gyn.*, 1873, t. IV, 138.)

thélium vibratile sur la surface de quelques-unes de ces tumeurs augmente encore la similitude[1].

Symptômes. — Les kystes du vagin ont ordinairement une marche lente et passent souvent inaperçus. Huguier en cite un cas, où la tumeur kystique avait duré dix-sept ans sans amener d'accidents.

Les symptômes subjectifs sont quelquefois nuls.

Dans d'autres circonstances, les kystes entraînent à leur suite une grande gêne pour les malades, voire même de véritables souffrances. C'est tantôt une sensation de pesanteur dans la région périnéale, des douleurs et des tiraillements lombaires comparables à ce que l'on observe dans le prolapsus utérin; tantôt des troubles de la miction, une difficulté très-grande ou une impossibilité apportée aux rapprochements sexuels, qui sont accusés par les malades. L'inflammation de la muqueuse dans le voisinage des kystes entraîne un écoulement blanchâtre ou verdâtre comme dans la vaginite aiguë.

L'examen au spéculum, principalement au moyen du speculum univalve de Sims, permettra d'apprécier les caractères de la tumeur.

Celle-ci ne dépasse pas l'orifice vulvaire; ou bien, par son accroissement successif, elle vient faire saillie à la vulve. Elle est indolente, régulière, molle, fluctuante, ordinairement sessile, plus rarement pédiculée, au moins pour les kystes profonds. La muqueuse qui la recouvre a conservé son aspect normal, et n'adhère pas à la tumeur, qui est elle-même mobile sur les tissus sous-jacents.

Dans des cas rares, la muqueuse s'enflamme au niveau de la tuméfaction, surtout si deux kystes sont situés en face l'un de l'autre, sur les parois opposées du vagin[2],

[1] Preuschen, *loc, cit.*, p. 774.

[2] Observation d'Eustache, *loc. cit.*, p. 195.

d'où résultent des frottements. A la suite de ces inflammations, le kyste peut s'abcéder, et guérir ainsi spontanément. Le plus souvent, cependant, le liquide se reproduit, ou il persiste une ouverture fistuleuse laissant écouler un pus plus ou moins fétide. Chez beaucoup de malades, les phénomènes morbides présentent une exacerbation au moment de la période menstruelle.

Diagnostic. — On ne confondra pas les kystes du vagin. avec ceux qui se développent dans la glande vulvo-vaginale ou dans son canal excréteur, et que nous avons déjà étudiés [1]. Ces derniers occupent l'épaisseur, ou la partie antérieure des petites lèvres, tandis que les kystes vaginaux sont situés en arrière et plus haut, le plus souvent dans la cloison vésico ou recto-vaginale.

Des productions de ce genre ont été prises, faute d'un examen suffisant, pour des prolapsus utérins et traités par des pessaires. Il n'y a aussi qu'un examen incomplet, qui puisse permettre de confondre un kyste avec un polype de l'utérus.

Le toucher pratiqué avec soin suffira pour distinguer les tumeurs des régions voisines faisant saillie dans le vagin, d'avec celles qui auraient pris naissance dans le conduit lui-même. On a cité des kystes des glandes uréthrales proéminents dans le vagin, et ressemblant à un kyste développé aux dépens de ce dernier organe [2].

On a rapporté des exemples de cystocèles et de rectocèles, prises pour des kystes vaginaux.

La cystocèle se produit de deux façons différentes. Ou bien tous les tissus prennent part à la tumeur herniaire dont la muqueuse épaissie et ridée, présente un aspect absolument différent de celui de la surface lisse et tendue du kyste.

[1] Voyez page 48.
[2] Preuschen, *loc. cit.*, p. 774.

Ou bien la vessie fait hernie à travers une fente, une fissure des tissus qui constituent le vagin. Dans ce dernier cas, la ressemblance extérieure des deux tumeurs serait plus grande. Mais la cystocèle est réductible, contrairement à la production kystique. Enfin l'introduction d'un cathéter dans la vessie jugera immédiatement la question. Pour bien apprécier les signes de la rectocèle, on introduira un doigt recourbé dans le rectum et un autre dans le vagin.

Pronostic. — Le pronostic de ces tumeurs est essentiellement bénin, au point qu'elles passent souvent inaperçues des malades et que celles-ci refusent fréquemment la petite opération qui pourrait les en débarrasser. Tous les cas ne sont pas aussi favorables et les kystes peuvent amener de la gêne, soit dans la marche, soit dans les rapprochements sexuels. Ils doivent même entrer en ligne de compte, comme cause de stérilité. La vaginite, la leucorrhée et les inflammations tégumentaires qui en sont les effets présentent aussi des inconvénients.

Quand la tumeur fait saillie à la vulve elle peut amener un prolapsus vaginal. Sous l'influence de l'accouchement elle s'enflamme quelquefois et donne lieu à une fistule.

Étiologie. — Nous nous sommes assez étendu sur l'origine anatomique des kystes du vagin, pour n'avoir pas à y revenir ici.

On a invoqué un grand nombre de causes, comme pouvant amener ces productions. La grossesse, l'accouchement, en première ligne. Des blessures, des piqûres avec un corps introduit dans la cavité vaginale. L'abus des rapprochements sexuels a été également incriminé, et on a apporté comme preuve à l'appui de cette étiologie, la fréquence plus grande des tumeurs kystiques vers le milieu de la paroi antérieure sous la symphise pubienne, point ou les frottements de la verge seraient plus actifs.

On voit, malgré ces différentes hypothèses, que nous sommes encore peu éclairés sur leur étiologie. On en a observé à tous les âges et dans toutes les conditions, même chez des femmes vierges et des enfants nouveau-nés[1]. Les cas de vaginites kystiques n'ont été observés jusqu'à présent que, chez des femmes enceintes[2].

Traitement. — L'âge des malades doit entrer pour une grande part dans la décision à adopter au sujet du traitement. Chez les femmes entrées dans la période do repos des organes sexuels, on devra généralement s'abstenir de toute intervention. Il n'en est pas de même, chez les sujets jeunes, pour lesquels cette affection peut apporter un grand trouble dans les fonctions génitales.

La ponction du kyste est presque toujours suivie d'une reproduction du liquide.

La ponction associée à l'injection iodée a donné également lieu à des récidives, ou bien il faut continuer les injections pendant un certain temps, et encore dans ces conditions on a vu persister un trajet fistuleux.

Le meilleur procédé consiste dans l'incision, complétée par l'excision des bords du kyste dont le fond sera ainsi mis à nu.

On peut également avoir recours à une incision cruciale, avec cautérisation de la cavité au moyen du nitrate d'argent, répétée jusqu'à complète cicatrisation.

Si la tumeur peut se pédiculiser, l'excision et la cautérisation de la petite plaie qui en résulte constituent un procédé des plus faciles.

Quel que soit le mode opératoire que l'on aura employé, les injections détersives seront continuées pendant toute la durée du traitement.

[1] Winckel, *loc. cit.*, p. 595.

[2] Näcke, *Ueber die sogenannte Colpohyperplasia cystica*, 1876. (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 461.)

La vaginite kystique des femmes enceintes disparait spontanément après l'accouchement. Elle ne demande donc aucun autre traitement spécial, que des bains et des soins de propreté pendant la grossesse.

Végétations du vagin.

On rencontre quelquefois dans le vagin les diverses formes de végétations que nous avons décrites à propos de la vulve. Ces productions, beaucoup moins fréquentes dans cette région qu'à l'orifice vulvaire, siègent surtout à la partie inférieure ou dans les culs-de-sac; elles sont très-rares à la partie moyenne.

Les causes qui les amènent sont les mêmes ici que pour la vulve, principalement la grossesse et la blennorrhagie. Chez une malade enceinte de trois mois que nous avons eu l'occasion d'examiner, la partie inférieure du vagin était presque complétement oblitérée par des amas de végétations. Les rapprochements sexuels étaient devenus impossibles, et c'est pour cela que cette femme était venue demander nos conseils. L'introduction du doigt était difficile et douloureuse, et l'usage du speculum, même du speculum virginal, impossible. Il n'y avait de végétations ni à la vulve ni dans la partie moyenne du conduit vaginal. Mais on en retrouvait en abondance dans les culs-de-sac, surtout le cul-de-sac postérieur, et sur le col de l'utérus.

Nous ne reviendrons pas sur la structure de ces papillomes, qui ne présentent rien de particulier dans cette égion.

On voit se développer assez fréquemment, sous l'influence de la vaginite, une série de granulations, disséminées sur la surface de la muqueuse. Nous avons déjà signalé ces faits anatomiques à propos de la vaginite granuleuse.

Sarcome du vagin.

Le sarcome paraît être une forme de tumeur assez rare dans le vagin.

Il est tantôt primitif, tantôt consécutif à un sarcome utérin. On le voit revêtir la disposition d'infiltration diffuse comme le cancer, ou de tumeur circonscrite prenant l'apparence d'un fibro-myome.

Il est possible de confondre, même anatomiquement, un sarcome, avec une tumeur fibreuse enflammée.

Les points emflammés d'un fibro-myome sont, en effet, constitués par du tissu embryonnaire comme le sarcome et ce n'est que par un examen attentif des diverses parties de la tumeur, qu'on peut arriver à poser un diagnostic histologique certain[1].

Corps fibreux et polypes du vagin.

Les corps fibreux sont beaucoup plus rares dans le vagin que dans l'utérus. On a même avancé que les productions de ce genre, observées dans cette région, avaient leur point de départ dans l'utérus et descendaient peu à peu entre les parois vaginales. Cette dernière origine est incontestable. Mais il est bien démontré également, que les corps fibreux peuvent prendre naissance sur les divers points du conduit vaginal, où ils trouvent, du reste, leurs éléments constituants, tissu conjonctif et fibres musculaires lisses (fibromyomes). Ces tumeurs sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées, donnant lieu à de véritables polypes. Elles sont situées sous la muqueuse, dans la couche fibro-musculaire ou dans le tissu conjonctif qui entoure le vagin.

Les tumeurs sous-muqueuses sont généralement petites

1 Kaschewarowa, *Arch. de Virchow*, t. LIV, p. 73, et Spiegelberg, *Zu den Sarkomen des Uterus und der Scheide.* (*Arch. f. Gyn.*, t, IV, p. 544.)

et ne dépassent pas les dimensions d'un pois ou d'une noisette. Celles qui sont plus profondément situées atteignent quelquefois des proportions plus grandes.

Comme nous le verrons pour les tumeurs fibreuses utérines, le rapport qui existe entre la quantité de tissu fibreux et de tissu musculaire varie beaucoup selon les cas.

Les polypes fibreux du vagin sont souvent plus riches en vaisseaux, que ceux développés aux dépens du tissu utérin.

Ces fibromyomes peuvent, comme ceux de l'utérus, subir une série de transformations. On les voit s'ulcérer, s'enflammer, se gangréner.

Plusieurs gynécologistes admettent l'existence, dans le vagin, de polypes muqueux[1]. Ces productions, si elles existent, sont en tout cas très-rares, et, en l'absence d'examen histologique, nous n'avons aucune notion sur leur structure.

Symptômes. — Les symptômes auxquels donnent lieu les polypes vaginaux sont souvent plus accentués que ceux que l'on observe pour les polypes de l'utérus. Ce sont des hémorrhagies vulvaires, des écoulements plus ou moins sanieux. Si les tumeurs ont acquis un certain volume, les malades éprouvent des douleurs lombaires, une sensation désagréable de pression dans le bassin. La miction et la défécation sont quelquefois troublées. Les rapprochements sexuels sont douloureux, difficiles, voire même impossibles, et amènent à leur suite des hémorrhagies.

Diagnostic. — Si les fibromyomes du vagin n'ont pas atteint de grandes dimensions, leur diagnostic est facile. Une tumeur indolente, dure, nettement circonscrite dans cette région, ne peut guère être qu'une tumeur fibreuse. Si elle est petite il sera également facile de se rendre compte de son siège et de son point d'implantation.

[1] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 589, et Klob, *loc. cit.*, p. 428.

Il n'en est pas toujours de même lorsque ces productions dépassent un certain volume. Si le doigt peut être introduit, on constatera l'existence d'un pédicule se continuant avec la paroi vaginale et indépendant du museau de tanche, dont l'orifice ne donne passage à aucun corps étranger. La confusion d'un polype du vagin avec un prolapsus utérin ne pourrait être faite que faute d'un examen suffisant. Si la tumeur remplit toute la cavité vaginale et que l'introduction du doigt soit impossible, on peut éprouver de grandes difficultés à préciser le siège et les rapports du néoplasme.

On aura recours, dans ces cas, au toucher rectal, peut-être même au toucher rectal par la méthode de Simon[1].

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs fibreuses du vagin diffère, selon qu'il y a ou non un pédicule. Si la base d'implantation se fait sur une large surface, l'opération pourra être laborieuse; s'il est possible, au contraire, de limiter un pédicule, elle ne présentera aucune difficulté. Les hémorrhagies auxquelles cette affection expose les malades qui en sont atteintes présentent par elles-mêmes une certaine gravité.

De grosses tumeurs peuvent amener, consécutivement à la compression de l'urèthre, tous les accidents redoutables des rétentions d'urine.

Étiologie. — On a observé les fibromyomes du vagin depuis l'âge de huit et quinze ans jusqu'à soixante[2]. Cependant ces sortes de tumeurs développées primitivement dans cette région doivent être assez rares pour que Virchow dise n'en avoir jamais observé[3].

Traitement. — Le traitement consistera toujours dans l'ablation de la tumeur. Selon qu'elle adhère largement aux

[1] Voyez page 6.
[2] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 591.
[3] Virchow, *Traité des tumeurs*, trad. franç., t. III, p. 411.

tissus ambiants, ou qu'elle est supportée par une partie plus mince, on emploiera un mode opératoire différent.

Les hémorrhagies paraissent plus à craindre après l'ablation des tumeurs vaginales qu'après celles des tumeurs utérines de même nature. On devra donc agir avec plus de précautions, si on pratique la section du pédicule.

Cancer du vagin.

Anatomie pathologique. — Le cancer du vagin est le plus souvent consécutif à un cancer de l'utérus. On a cependant vu ces néoplasmes se développer primitivement dans la cavité vaginale.

Les diverses formes du cancer, carcinome, épithéliome, doivent se rencontrer dans cette région. Dans les rares cas où un examen histologique a été mentionné, on avait affaire à des carcinomes[1].

Dans un travail récent, Küstner a réuni vingt-deux observations de cancer primitif du vagin[2].

Il résulte de l'analyse de ces observations que c'est presque toujours la paroi postérieure qui est atteinte dans le cancer primitif, contrairement à ce que l'on observe pour le cancer secondaire, qui envahit de préférence la paroi antérieure (Cruveilhier).

Symptômes. — Les symptômes du cancer du vagin sont à peu près les mêmes que ceux du cancer du col utérin : écoulements par la vulve d'un liquide sanguinolent, sanieux, contractant souvent une odeur repoussante; ou bien, alternatives d'écoulement sanieux et de véritables hémorrhagies.

[1] *Société anatomique*, 1874, p. 588. — *Examen histologique* de Monod. — Observation de Beigel, avec figures, l'utérus étant absolument sain. (*Loc. cit.*, t. II, p. 604.)

[2] Küstner, *Ueber den primären Scheidenkrebs.* (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 279.)

La douleur, variable quant à son début et quant à son intensité, se montre dans le cancer du vagin à un moment plus rapproché de la période initiale que dans le cancer de l'utérus (West).

Les malades éprouvent, en outre, tous les symptômes qui accompagnent les tumeurs vaginales en général : tiraillements, sensation de pesanteur dans le bassin, démangeaisons et cuisson dans la région vulvo-périnéale.

Ces productions cancéreuses se montrent sous deux formes principales. Tantôt on trouve une infiltration, avec épaississement de toute la paroi vaginale et par place de petites saillies mamelonnées. D'autres fois on observe une tumeur limitée, circonscrite, arrondie, hémisphérique. Le cancer secondaire présente les diverses variétés que nous étudierons pour le cancer du col de l'utérus.

Diagnostic. — Une tumeur cancéreuse du vagin ne pourrait guère se confondre qu'avec un corps fibreux de la même région. La différence de consistance également résistante et élastique sur tous les points dans les corps fibreux, molle et dure alternativement dans le cancer, serviront à les distinguer.

Le corps fibreux a une surface régulière lisse, sans bosselures; la tumeur cancéreuse, au contraire, est irrégulière, granuleuse, bosselée. Enfin, la cachexie cancéreuse ne tarde guère à se montrer chez les malades atteintes de tumeurs malignes, rien de comparable pour les fibro-myomes.

Pronostic. — Le pronostic du cancer du vagin partage la gravité qu'entraîne toujours avec lui le cancer, quel que soit son siège. Le voisinage de la vessie et du rectum en rendra souvent l'ablation difficile.

Étiologie. — Le cancer du vagin, comme celui de l'utérus, n'apparaît guère avant l'âge de la puberté[1].

[1] Sur les 22 cas réunis par Küstner, 2 s'étaient développés entre 15 et 20 ans,

Traitement. — On devra tenter l'ablation de la tumeur, toutes les fois qu'elle sera possible à isoler sans léser les organes voisins.

On aura quelquefois l'occasion de combattre des hémorrhagies abondantes ou l'écoulement de liquides putrides, contre lesquels les pansements désinfectants sont insuffisants. Dans ces cas, on peut être amené à faire des opérations palliatives et à extirper au moyen de ciseaux, de l'anse ou du couteau galvano-caustique, les parties bourgeonnantes qui donnent lieu à ces accidents.

Tubercules du vagin.

La tuberculisation du vagin est rare. Il en existe cependant quelques faits, bien observés et contrôlés par un examen histologique[1]. Dans tous les cas cités, il y avait en même temps des tubercules du côté d'autres organes.

Weigert a trouvé chez une femme de 67 ans, avec une tuberculose des poumons et du péritoine, des tubercules situés sur la partie supérieure du vagin, la muqueuse utérine étant absolument saine[2].

Lésions syphilitiques du vagin.

Les manifestations de la syphilis sont peu fréquentes sur le vagin. Le chancre y est tout à fait exceptionnel[3].

Quand il existe, c'est surtout vers la région vulvaire ou

2 de 21 à 30, 9 de 31 à 40, 4 de 41 à 50, 4 de 51 à 60, enfin 1 de 60 à 70. Ces chiffres correspondent à peu près à ce que nous savons au sujet de l'âge où se développe, avec le maximum de fréquence, le cancer de l'utérus.

[1] Klob, *loc. cit.*, p. 452.

[2] Weigert, *Arch. de Virchow*, t. LXVII, p. 264.

[3] Toutes les statistiques sont d'accord à ce sujet. Sur 240 cas de chancres syphilitiques chez la femme, Fournier n'en a rencontré qu'un seul situé sur le vagin, et encore le diagnostic était assez douteux pour qu'il l'ait marqué d'un point d'interrogation. (Fournier, *loc. cit.*, p. 69.)

vulvo-vaginale, et alors la lésion est aussi bien vulvaire que vaginale.

L'ulcération chancreuse, rare dans l'ampoule supérieure, l'est encore plus dans toute l'étendue de la portion moyenne.

On a émis plusieurs hypothèses pour expliquer cette sorte d'immunité du vagin pour la syphilis; tandis que son rôle d'organe copulateur aurait semblé, au contraire, l'exposer plus qu'aucun autre. L'absence de glandes et par conséquent d'orifices glandulaires, et la couche épaisse d'épithélium pavimenteux qui le revêt, doivent certainement entrer en ligne de compte, pour expliquer cette rareté du chancre sur les parois vaginales. Ce que nous venons de voir, relativement au chancre, s'applique également aux syphilides.

Ce n'est guère qu'à l'anneau vulvo-vaginal, ou sur la muqueuse des culs-de-sac, qu'on les observe.

Les premières revêtent, le plus souvent, les formes érosive ou ulcéreuse; la papule véritable y est rare.

Dans l'ampoule vaginale, au contraire, les syphilides sont presque toujours papuleuses, et sont constituées par de petites papules rondes ou ovalaires, de la dimension d'une lentille environ.

Elles sont tantôt rosées, tranchant peu par leur couleur sur celle de la muqueuse ambiante; ou bien jaunâtres, ou blanchâtres et opalines, et formant par conséquent un contraste frappant avec les tissus qui les supportent. Leur bord est quelquefois coloré en rouge vif.

Corps étrangers introduits dans le vagin.

Les corps étrangers introduits dans le vagin, et le plus souvent laissés à demeure dans un but thérapeutique, sont des pessaires de diverses formes. Ceux-ci, après un séjour prolongé, s'incrustent de sels calcaires. Ou bien l'irritation

qu'ils amènent du côté des parois donne lieu à un bourgeonnement inflammatoire, qui finit par entourer le pessaire et le fixer sur le point qu'il occupe.

Les ulcérations ainsi produites pourraient acquérir une profondeur suffisante pour déterminer des fistules vésico ou recto-vaginales.

Parmi les corps étrangers introduits dans le vagin sous l'influence d'une impulsion érotique, nous trouvons les objets les plus divers. Des morceaux de bois, des étuis, des pots de pommade, des verres, des pommes de sapin, des chopes à bières[1]. On a vu une bobine rester ainsi oubliée pendant 22 ans, et n'être reconnue que par les manœuvres qu'avait nécessitées la fistule vésico-vaginale dont elle avait été la cause[2].

Les concrétions calculeuses du vagin se produisent consécutivement aux fistules vésico-vaginales.

La tolérance de cet organe en présence de ces divers corps étrangers est telle, que souvent ils passent inaperçus pendant de nombreuses années.

Parasites du vagin.

Le champignon du muguet (oïdium albicans) se rencontre fréquemment sur la muqueuse vaginale.

Les symptômes qui accompagnent le développement du parasite sont quelquefois nuls; dans d'autres cas il existe une rougeur et une inflammation de la muqueuse, donnant lieu à un écoulement abondant et à de violentes démangeaisons.

On a voulu attribuer une importance à l'existence si

[1] Klob, *loc. cit.*, p. 432.

[2] Voyez Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 606. pour la bibliographie des observations citées.

souvent constatée du *trichomonas vaginalis*[1]. La signification de ce parasite est absolument négative. On l'observe dans les liquides vaginaux, sous l'influence des causes les plus diverses. Il en est de même des autres infusoires dont la présence n'a pu, jusqu'à présent, être rattachée à aucune forme morbide.

L'*oxyure vermiculaire*, qui amène chez les enfants un prurit si intense vers la région vulvo-anale, passe souvent de l'anus à la vulve et pénètre jusque dans le vagin.

Traitement. — Contre l'oïdium on emploiera une solution au borate de soude.

Les autres parasites seront détruits par des soins fréquents de propreté et des injections au coaltar ou à l'acide phénique.

Les oxyures disparaîtront par le traitement que nous avons déjà préconisé à propos du prurit vulvaire produit sous l'influence de ces mêmes entozoaires.

PROLAPSUS DU VAGIN

Le prolapsus du vagin peut se produire seul, ou bien être accompagné du déplacement d'un des organes qui l'avoisinent, utérus, vessie, rectum. Le second cas est le plus fréquent, mais nous nous occuperons surtout en ce moment de ce qui a trait au prolapsus non compliqué, ou prolapsus simple.

Anatomie pathologique. — Le prolapsus vaginal ne porte presque jamais que sur la paroi antérieure ou la paroi postérieure. Les parties latérales n'y participent pas, ce qui s'explique par la structure de ce conduit, dont les chan-

[1] Donné et Dujardin. — Voyez Moquin-Tandon, *Éléments de Zoologie médicale*, p. 423, et Gasser, *Des parasites des organes génitaux de la femme*, thèse de doctorat Paris, 1874, p. 32.

gements de diamètre ont toujours lieu aux dépens des parois antérieure et postérieure. Le prolapsus de la paroi antérieure est de beaucoup le plus commun.

La disposition anatomique du vagin, la laxité du tissu conjonctif qui l'entoure et surtout sa grande richesse en tissu élastique, facilitent le prolapsus de cet organe. On sait, en effet, que les tissus élastiques, quand ils ont subi un degré trop considérable de distension, quand ils ont été forcés pour ainsi dire, ne peuvent plus revenir à leurs dimensions premières.

Le prolapsus du vagin se complique très fréquemment de cystocèle, de rectocèle, ou de chute de l'utérus.

Symptômes. — Le prolapsus vaginal forme entre les grandes lèvres une tumeur constituée par la paroi déplacée.

La muqueuse qui la recouvre est tantôt saine, tantôt plus ou moins excoriée. Quand l'affection date d'un certain temps, la surface muqueuse acquiert tous les caractères apparents du revêtement cutané[1].

Si la tumeur est formée aux dépens de la *paroi antérieure*, celle-ci est séparée de la partie correspondante du bassin par un espace plus ou moins considérable. Le doigt en longeant sa face postérieure arrivera sur le col de l'utérus situé normalement, ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, ayant subi un certain degré d'abaissement.

Si c'est la *paroi postérieure* qui constitue la partie herniée, celle-ci se continue en arrière avec la commissure postérieure des grandes lèvres, dont elle n'est séparée que par un léger diverticulum, admettant à peine l'extrémité du doigt. C'est en glissant l'index sur sa partie antérieure que l'on arrive sur le museau de tanche.

Quelquefois les deux parois participent à la formation

[1] Voyez page 26.

du prolapsus. Dans ces conditions, c'est encore l'antérieure qui y entre pour la plus grande part.

Les accidents généraux causés par cette affection sont les mêmes que ceux que l'on observe dans les cas de prolapsus utérin.

Ces manifestations morbides, moins accusées dans le premier que dans le second, consistent en une sensation de tiraillement dans la région lombaire, accompagnée de douleurs plus ou moins intenses.

Les malades éprouvent également des troubles de la miction et de la défécation, surtout s'il y a complication de cystocèle ou de rectocèle.

Dans le prolapsus du vagin, l'utérus, quoique ayant conservé sa situation normale, peut être lui-même atteint de métrite, présenter des ulcérations. Il est évident que, dans ces conditions, les symptômes de l'affection utérine viendront compliquer les autres.

Diagnostic. — Les caractères de la tumeur, appréciés au moyen de la vue et du toucher, en feront facilement reconnaître la nature.

Si le prolapsus s'accompagne de cystocèle, l'introduction d'une sonde permettra de juger du degré de la lésion. Le toucher rectal donnera les mêmes renseignements au sujet de la rectocèle.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection n'est pas grave. C'est plutôt une infirmité qu'une lésion compromettant l'existence.

Cependant le prolapsus simple est souvent plus difficile à guérir que la chute de l'utérus et ne peut guère être maintenu que grâce à une opération chirurgicale.

Étiologie. — La structure du vagin et la distention considérable qu'il subit sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement nous expliquent pourquoi la parturition

joue le principal rôle dans l'étiologie du prolapsus vaginal.

La dilatation à laquelle cet organe est soumis dépassant le degré de son élasticité, il devient trop long pour les limites qui lui sont assignées, et c'est ainsi que se produit souvent le prolapsus. En outre, le ramollissement que la grossesse imprime au tissu conjonctif facilite encore cette disposition.

En dehors de la grossesse, les néoplasmes développés dans l'utérus produisent un effet analogue.

Les tumeurs siégeant dans le cul-de-sac postérieur, les collections liquides, l'ascite, ont pu également être invoquées comme cause de cette affection.

L'habitude que les femmes s'imposent de garder longtemps leurs urines dans la vessie amène une distension de ses réservoirs, qui, si les circonstances sont favorables, peut en être le point de départ. La dilatation de la vessie entraîne une distension secondaire du vagin. Celui-ci perd sa tonicité, se transforme sur ce point en une poche flasque, sans résistance, et finit par former une espèce de diverticulum qui vient faire saillie à la vulve.

La vaginite chronique, en envahissant le tissu sous-muqueux, cause un état de ramollissement de cette couche facilitant les déplacements.

Le relâchement du muscle constricteur, chez les femmes multipares, les déchirures du périnée, ne sont pas sans influence sur la production de la chute du vagin.

Chez les vieilles femmes, la diminution de consistance des tissus s'accompagne d'un état de relâchement qui y prédispose également. Et certainement cette forme serait plus fréquente, si avec les progrès de l'âge on ne voyait pas se produire, en même temps, une atrophie des organes génitaux envahissant même le vagin, quoique à un degré moindre que l'utérus et les ovaires.

Le prolapsus vaginal est souvent secondaire et sous la dépendance de la cystocèle, de la rectocèle ou d'un abaissement de l'utérus. Dans ce dernier cas, c'est la partie supérieure du canal qui descend la première en s'invaginant dans l'inférieure.

Traitement. — Nous renvoyons pour le traitement à ce qui concerne le prolapsus complet de l'utérus et aux moyens que la chirurgie met à notre disposition pour y remédier.

DES HERNIES DU VAGIN

On dit qu'il y a hernie du vagin, quand un organe situé dans son voisinage se déplace et vient faire saillie dans ce conduit, en donnant lieu à une tumeur plus ou moins volumineuse.

Les hernies que l'on observe le plus souvent dans cette région sont :

1° Les hernies vésico-vaginales, ou cystocèles ;

2° Les hernies recto-vaginales ou rectocèles ;

3° Les hernies d'une autre portion de l'intestin ou entérocèles.

Cystocèle vaginale.

Anatomie pathologique. — La hernie de la vessie est primitive ou secondaire. Nous venons de voir comment la dilatation du réservoir urinaire pouvait être le point de départ du prolapsus vaginal. Quand ce dernier est primitif, le relâchement qu'on observe si fréquemment dans la paroi antérieure du vagin entraîne dans le cul-de-sac ainsi formé la partie de la vessie située au-dessus du col. L'adhérence étroite qui existe entre la portion inférieure de la vessie et le vagin explique pourquoi c'est toujours à peu près sur

le même point que se produit le diverticulum. Les deux organes concourent ainsi à former à la vulve une tumeur circonscrite et tendue. Ou bien encore la vessie en se contractant refoule l'urine vers son fond, l'orifice externe étant fermé; d'où il résulte une dilatation lente de cette partie

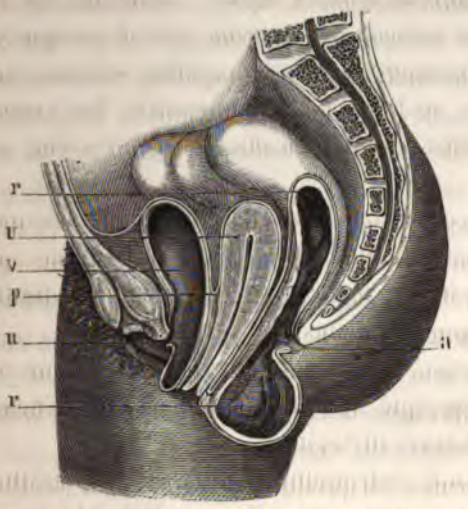


Fig. 38. — Cystocèle et rectocèle s'accompagnant de prolapsus utérin.

r-r. Rectum. — U. Utérus. — a. Anus. — V. Vessie. — u. Urèthre. — p. Péritoine dont on peut suivre la disposition sur les différents points de la figure.

profonde qui s'éloigne de plus en plus des parois abdominales et arrive à se porter en arrière dans une situation comparable à celle de l'utérus en rétroflexion. Quelquefois cette disposition est tellement accusée, que la vessie est divisée en deux cavités, séparées l'une de l'autre par une partie rétrécie (fig. 38).

On a vu la hernie de la vessie se produire à travers une fente, une éraillure des tissus, et donner lieu à une tumeur limitée, lisse, brillante, que l'on pourrait confondre au premier abord avec un kyste[1].

[1] Voyez page 170.

Symptômes. — Outre les symptômes propres au prolapsus, la cystocèle amène des accidents dus à la stagnation de l'urine dans la vessie, à une miction incomplète. Les malades éprouvent dans la tumeur et dans l'urèthre des douleurs lancinantes. Celles-ci sont surtout marquées pendant et immédiatement après l'émission de l'urine. Il existe assez souvent un ténesme vésical presque continuel.

Une inflammation de la muqueuse vésicale, une véritable cystite, ne tarde pas à apparaître. Les urines deviennent troubles, ammoniacales, et contractent une odeur fétide.

La cystocèle forme entre les grandes lèvres une tumeur de grosseur variable, augmentant de volume quand l'urine est retenue depuis un certain temps, diminuant au contraire sous l'influence du cathétérisme.

Si la vessie contient de l'urine, la tumeur est molle, élastique, presque fluctuante. Sa surface est formée par la paroi antérieure du vagin.

Si la hernie s'est produite à travers une éraillure, la tumeur revêt, comme nous l'avons déjà dit, des caractères essentiellement différents.

Diagnostic. — Pour faire le diagnostic de la cystocèle, de la direction et de la profondeur du diverticulum formé par la vessie, il faudra employer une sonde d'homme.

On doit l'introduire, la concavité de l'instrument dirigée en arrière ; on pénètre ainsi facilement, et le doigt porté sur la surface de la tumeur perçoit très-nettement le bec de la sonde.

Si on donne au cathéter une direction inverse, la concavité étant tournée en avant, souvent il ne peut pas pénétrer en se heurtant à la paroi vésicale antérieure, par suite de la rétroversion de la partie supérieure de la vessie.

Pronostic. — La guérison de la cystocèle est difficile à

obtenir ; on ne doit l'espérer que dans les cas où la maladie est de date récente.

Étiologie. — Nous nous sommes assez étendu sur l'étiologie du prolapsus vaginal, pour n'avoir pas à revenir sur celle de la cystocèle, les causes qui amènent l'un ayant pour la plupart une égale influence sur l'autre.

Traitement. — La première condition du traitement sera d'opérer la réduction. On appliquera ensuite un appareil approprié, destiné à maintenir la tumeur réduite en pressant sur la paroi vaginale antérieure. On associera au traitement l'usage des injections astringentes ; au perchlorure de fer pour le vagin, au nitrate d'argent pour la vessie [1].

La sensibilité vaginale et vésicale peut être telle, que l'application de l'appareil contentif soit impossible.

Dans ces conditions, la malade doit garder le décubitus dorsal, prendre des bains prolongés. L'usage fréquent de la sonde empêchera la vessie de se distendre et de se dilater.

En même temps on obviera à la chute de la paroi antérieure, en introduisant une éponge ou un pessaire à air dans la cavité vaginale.

Enfin au bout de quelque temps de ce traitement palliatif, on pourra faire usage du bandage herniaire.

Rectocèle vaginale.

Anatomie pathologique. — Le processus que nous avons étudié pour la hernie vésico-vaginale est à peu près semblable dans la rectocèle.

La paroi postérieure du vagin, en se rapprochant de l'orifice vulvaire, entraîne la partie inférieure de la paroi antérieure du rectum. Celui-ci se dilate, au point de former un

[1] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 431.

cul-de-sac qui s'élargit de plus en plus et vient faire saillie à la vulve, doublant ainsi le prolapsus vaginal (fig. 39). On a vu de ces tumeurs, situées entre les grandes lèvres, at-

Fig. 39. — Rectocèle simple.

r. r. Rectum. — U. Utérus. — a. Anus. — v. Vessie. — u. Urèthre. — p. Péritoine. — va. Vagin.

teindre les dimensions du poing. Elles contenaient toute la partie inférieure de la paroi rectale, et étaient remplies de matières fécales arrondies et durcies.

Symptômes. — La rectocèle ne donne quelquefois lieu à aucun accident. Chez d'autres malades elle constitue au contraire une grave infirmité. Les matières fécales s'arrêtent dans le diverticulum formé par le rectum. Il en résulte une constipation opiniâtre. En outre cette stagnation des fèces amène une inflammation catarrhale de la muqueuse rectale et donne lieu au développement de tumeurs hémorrhoïdales.

Diagnostic. — Le diagnostic de la rectocèle se fera facilement au moyen du doigt introduit par l'anus, doigt dont

l'extrémité sera sentie par l'autre main appliquée sur la tumeur, la paroi se trouvant ainsi située entre les deux.

Traitement. — Nous renverrons au traitement du prolapsus utérin compliqué de rectocèle.

Entérocèle vaginale.

Anatomie pathologique. — Comme pour les autres espèces de hernies vaginales, l'entérocèle est ou primitive ou secondaire.

Quand les tissus qui entourent et supportent le vagin se ramollissent et présentent une résistance moindre, les anses intestinales qui pressent sur son fond le repoussent jusqu'à ce qu'il constitue une tumeur saillante à la vulve. C'est là la forme primitive de l'entérocèle.

La tumeur piriforme qui en résulte est remplie par les anses intestinales.

Ou bien le prolapsus vaginal étant produit, l'intestin se déplace peu à peu et vient occuper le diverticulum du vagin. C'est la hernie secondaire.

Symptômes. — L'entérocèle vaginale ne donne lieu le plus souvent à aucun accident. Ou bien les malades éprouvent des troubles digestifs, des vomissements, de la constipation, joints à un certain degré de météorisme.

L'étranglement de l'entérocèle vaginale ne s'observe guère que sous l'influence de l'accouchement.

Diagnostic. — Tant que la tumeur n'apparaît pas à l'extérieur, l'entérocèle vaginale est difficile à distinguer du simple abaissement. Tandis que le prolapsus se produit le plus souvent aux dépens de la paroi antérieure, l'entérocèle est à peu près toujours située en arrière.

Il est très rare de l'observer en avant, entre l'utérus et la vessie, ce qui s'explique par la solidité beaucoup plus grande des liens qui unissent ces deux derniers organes. Quand la

tumeur fait saillie à la vulve, la percussion indiquera d'une façon certaine sa nature et sa composition.

Traitement. — Le traitement consiste d'abord à réduire la tumeur, ensuite à la maintenir réduite au moyen d'un appareil qui comprime le fond du vagin. Nous ne nous étendrons pas sur la forme qu'on doit donner à ces sortes de bandages, chaque cas particulier pouvant présenter des indications spéciales.

FISTULES DU VAGIN

On donne le nom de fistule à un trajet accidentel disposé en canal plus ou moins étroit et allongé, entretenu par une

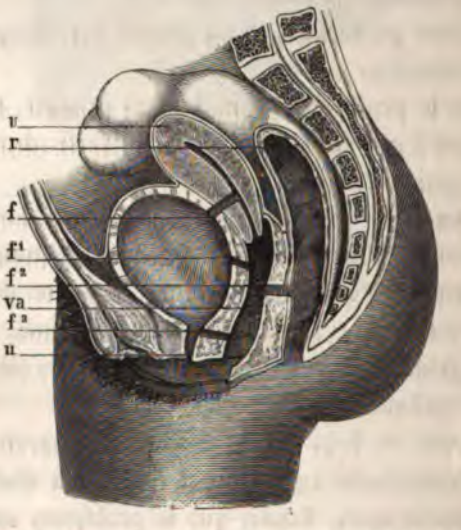


Fig. 40. — Figure représentant le siége des principales variétés de fistules vaginales.
U. Utérus. — u. Urèthre. — va. Vagin. — f. Fistule vésico-utérine. — f¹. Fistule vésico-vaginale. — f². Fistule recto-vaginale. — f³. Fistule urèthro-vaginale.

altération locale et permanente des tissus vivants, et par lequel s'échappent du pus, des produits de sécrétion ou d'au

tres matières de nature diverse, déviées de leurs réservoirs ou de leurs conduits naturels[1].

Les fistules vaginales sont assez fréquentes.

Celle que l'on observe le plus souvent est la fistule vésico-vaginale, moins fréquemment la fistule recto-vaginale. D'autres sont encore plus rares, telles que les fistules vésico-utérines dont nous traiterons séparément avec quelques variétés également peu communes (fig. 40).

Fistules vésico-vaginales.

Anatomie pathologique. — Le plus souvent consécutives à un accouchement, les fistules vésico-vaginales devraient

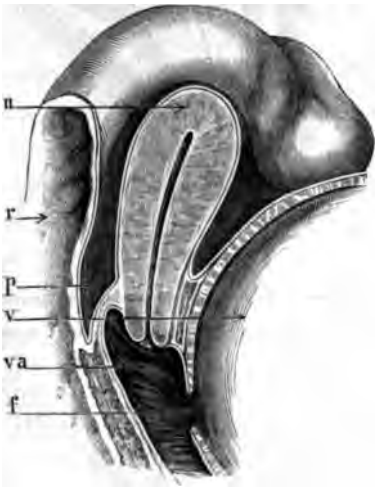


Fig. 41. — Fistule vésico-vaginale.

r. Rectum. — u. Utérus. — v. Vessie. — va. Vagin. — p. Péritoine. — f. Siège de la fistule.

généralement se produire sur le même point, c'est-à-dire sur celui où a lieu la pression pendant cet acte physiologique. Mais les rapports du vagin et de l'utérus, au moment du

[1] *Compendium de chirurgie*, t. IV, p. 591.

travail, avec la symphyse pubienne, varient selon les cas, ce qui amène une égale variation dans le siége de l'eschare.

Pour les fistules produites par la pression prolongée de la tête fœtale, la perte de substance est plutôt située à la partie supérieure du vagin (fig. 41), et peut même intéresser le vagin et le col utérin (fistules vésico-utéro-vaginales) (fig. 42), circonstance très-compréhensible et qui s'explique

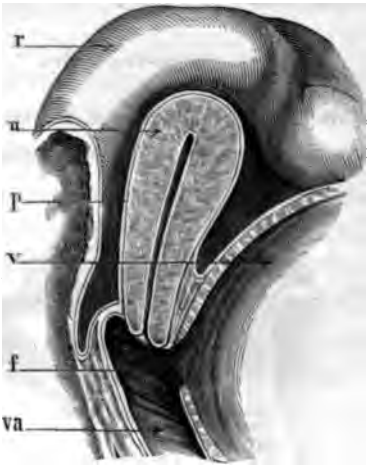


Fig. 42. — Fistule vésico-utéro vaginale superficielle.

r. Rectum. — u. Utérus. — v. Vessie. — va. Vagin. — p. Péritoine. — f. Siége de la fistule.

par le mouvement d'ascension exécuté par l'utérus sous l'influence de la grossesse. La fistule résultant d'un traumatisme opératoire est le plus souvent, au contraire, située plus bas.

L'aspect et la disposition des trajets fistuleux présentent de nombreuses différences. L'orifice peut être unique, arrondi, ses bords minces et tranchants, ou, au contraire, épais, calleux, élevés. Le pertuis peut également avoir une forme ovalaire ou en croissant, ou n'être représenté que par une simple fente.

Les dimensions de la fistule n'ont elles-mêmes rien de régulier. Tandis que les unes ne sont constituées que par une ouverture minuscule à peine visible, d'autres sont énormes, et la perte de substance est tellement considérable que la vessie et le vagin ne forment plus qu'une seule cavité. On comprend qu'entre ces deux extrêmes, doivent se rencontrer tous les intermédiaires. Pour peu que l'ouverture soit grande, la muqueuse vésicale faisant hernie dans le vagin devient visible à la vulve.

Comme complication, on peut rencontrer un rétrécissement ou même une occlusion complète de l'urèthre, amenée par la cessation de fonction. Les parois de la vessie s'épaississent, tandis que sa capacité est moindre qu'à l'état normal. On observe aussi des rétrécissements, des atrésies plus ou moins complètes du vagin, avec formation de brides; conséquences de l'inflammation qui a accompagné l'élimination de l'eschare.

On voit assez souvent se produire des inflammations de voisinage, telles que des péricystites, des périmétrites, d'où résultent des adhérences qui peuvent augmenter les difficultés du manuel opératoire. En général, plus la fistule est de date récente, plus ses dimensions sont grandes. Souvent au bout d'un certain temps, les bourgeons exubérants forment une espèce de pont et masquent en grande partie l'orifice.

Chez les femmes atteintes de cette infirmité, les organes génitaux externes sont humides, pâles ou d'un rouge bleuâtre, présentant des érosions plus ou moins profondes dont la surface peut suppurer.

Les excroissances, les diverses formes de végétation, accompagnent fréquemment les fistules, d'autant plus qu'elles sont plus anciennes.

Dans celles qui sont très-étendues et qui remontent à une

époque éloignée, le vagin est flasque, élargi; la muqueuse, d'une coloration pâle, est lisse et a une grande tendance à revêtir l'aspect cutané. Ses parois sont épaissies, indurées.

Les bords de la plaie sont souvent incrustés de concrétions calcaires, ou bien il existe de véritables calculs dans la vessie ou le vagin. Les orifices des trajets fistuleux peuvent être multiples, et plusieurs variétés coexister sur le même sujet.

Symptômes. — Le principal symptôme des fistules vésico-vaginales est l'écoulement de l'urine par le vagin. La diminution de la quantité de ce liquide émis par l'urèthre et l'odeur urineuse qu'exhalent les malades ne tardent pas à mettre sur la voie du diagnostic, et à engager le médecin à rechercher la lésion locale.

Si la perte de substance est consécutive à un traumatisme, elle est ordinairement constatée avant les accidents qu'elle amène. Si elle se produit peu à peu par l'élimination d'une eschare, les malades éprouvent de la douleur dans le vagin, de la difficulté de la miction, et il existe également un certain état fébrile. Mais ces signes n'ont rien de caractéristique, et c'est seulement au bout de quelque temps, le plus souvent de quatre à huit jours, que l'urine s'écoule involontairement par la vulve.

Le degré de l'incontinence est variable selon les dimensions de la fistule et surtout suivant son siège. Quelquefois l'incontinence n'existe que dans le décubitus dorsal, ce qui se comprend quand l'ouverture est placée très haut, sur la paroi vésicale. Chez d'autres malades, telle ou telle position permettra de conserver l'urine, qui s'écoulera involontairement dans telle ou telle autre. Ces faits dépendent, non-seulement du siège de la lésion, mais encore des rapports des différentes parties et des différentes surfaces qui peuvent changer selon la position de la femme. On a vu des

malades chez lesquelles l'incontinence ne se produisait qu'à la fin de la miction.

La menstruation peut subir des variations chez les femmes atteintes de fistules. Pour beaucoup, cependant, la fonction menstruelle reste parfaitement normale. La conception est rare chez ces malades, par une série de causes qu'il est inutile de développer. Quelques auteurs ont avancé que cet état pathologique disposait à l'avortement. Cette assertion est loin d'être prouvée et, on a vu des femmes présentant d'énormes fistules, accoucher normalement au terme de leur grossesse.

Nous avons dit qu'à la suite de la fistule, il se produit dans un petit nombre de cas une oblitération complète du vagin. Malgré cette disposition anatomique, la conception peut avoir lieu, les rapprochements sexuels se pratiquant alors par l'urèthre dilaté. Winckel cite une observation de ce genre, où la fécondation fut obtenue par l'intermédiaire de l'urèthre et où un avortement à cinq mois se produisit par la même voie [1].

Une nouvelle conception, dans ces conditions, entraîne toujours des dangers aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général.

Quand la lésion ne date encore que de peu de temps, l'ensemble de la santé n'en subit guère l'influence. Mais bientôt le désagrément permanent causé par l'odeur de l'urine, la cuisson, les démangeaisons amenées par les excoriations de la vulve et des plis génito-cruraux, ne tardent pas à porter atteinte à l'ensemble de l'organisme.

Les malades perdent le sommeil, s'affaiblissent, présentent tous les signes d'une anémie profonde.

La tristesse résultant du sentiment de dégoût que ces

[1] Winckel, *loc. cit.*, p. 117.

pauvres femmes inspirent à elles et aux autres, ne tarde pas à les isoler de leurs relations et de leurs liens sociaux et à apporter son contingent aux mauvaises conditions dans lesquelles elles se trouvent. Aussi les voit-on venir réclamer un soulagement et se soumettre à n'importe quelle opération pour se voir débarrassées de leur infirmité.

La constipation est un phénomène très-fréquent chez les femmes atteintes de fistules vésico-vaginales. On a expliqué différemment cette constipation souvent si opiniâtre. Les uns ont pensé (Jobert) qu'elle était due à un spasme, à une contracture du sphincter consécutive à l'irritation permanente du muscle par le contact du liquide urinaire.

D'autres ont admis que l'écoulement plus facile de l'urine en augmentait la production, d'où perte plus grande des liquides de l'économie disposant à la constipation. Le fait est vrai en lui-même, et il paraît démontré que l'excrétion constante et facile d'un produit glandulaire amène une sécrétion plus abondante qu'une excrétion intermittente et entravée. Mais il résulte des expériences entreprises à ce sujet, que la différence n'est pas assez considérable pour entrer en ligne de compte. Cette différence ne serait, en effet, que de 2 à 5 p. 100.

Il est plus probable que la constipation, dans ces circonstances, est surtout due au régime et à la manière de vivre des malades, qui passent leur existence assises ou couchées et ne se livrent à aucun exercice.

C'est là du reste une complication presque constante de toutes les affections des organes génitaux de la femme.

Diagnostic. — Au moyen du doigt introduit dans le vagin et d'une sonde dans la vessie, on peut, la plupart du temps, préciser le siège et les dimensions d'une fistule vésico-vaginale.

Si celle-ci est très petite, ces procédés sont insuffisants et

on doit s'aider de l'examen par la vue. Avec le speculum de Sims, on mettra à découvert la paroi antérieure du vagin, dont on sondera les divers replis de la muqueuse avec un stylet.

Si l'orifice est tellement étroit qu'on ne puisse le découvrir, une injection d'un liquide coloré permettra de voir le point par où les deux cavités, vessie et vagin, communiquent

Le lait, une solution d'encre de Chine ou de permanganate de potasse, pourront servir à cet usage.

Il faut rechercher, en outre, s'il existe une ou plusieurs parties, si l'utérus participe ou non à la formation du trajet fistuleux, dont on appréciera la longueur et la direction.

Pronostic. — Les fistules vésico-vaginales amènent rarement à elles seules la mort des malades, et on a vu des femmes ainsi atteintes prolonger leur existence pendant de longues années.

En dehors de toute intervention, la mort peut être la conséquence de l'inflammation se propageant aux organes voisins et amenant une péritonite. L'affaiblissement général causé par la maladie pourrait également conduire à la cachexie, à la phthisie et amener ainsi une terminaison funeste.

A la suite des opérations, les malades succombent quelquefois par le fait d'une péritonite, d'une cystite, d'une pyélite ou d'une pyélonéphrite, enfin d'une infection purulente ou putride. Quoique rarement mortelle, la fistule vésico-vaginale n'en constitue pas moins une grave infirmité, qui peut avoir une influence désastreuse sur l'existence des femmes qui en sont atteintes.

Les fistules de date récente guérissent quelquefois spontanément. Après la chute de l'eschare, les bords de la plaie se mettent à bourgeonner et arrivent ainsi à combler la perte de substance. Ou bien la partie du vagin située au-dessous

de la fistule s'atrésie, finit par s'oblitérer, et alors les règles et l'urine s'écoulent par l'orifice de l'urèthre.

La guérison spontanée des lésions anciennes est moins fréquente, principalement pour la variété qui nous occupe, à cause de leurs bords souvent minces et tranchants.

Cependant, même dans ces cas, il peut se produire des bourgeons assez abondants et assez vivaces pour combler la perte de substance. On a vu des fistules datant de six ans, assez grandes pour permettre l'introduction du doigt, arriver à une guérison spontanée.

Ces terminaisons favorables sont rares, surtout si on les compare à la fréquence de cette affection.

L'occlusion momentanée de l'orifice par une concrétion calcaire ne conduit pas à une guérison définitive.

Depuis ces dernières années, les progrès apportés dans le traitement chirurgical ont beaucoup amélioré le pronostic des fistules vésico-vaginales. Même dans les cas anciens, on arrive, le plus souvent, à un résultat satisfaisant par une ou plusieurs opérations successives.

On est en droit de dire que les insuccès complets sont l'exception.

Les fistules traumatiques, surtout celles produites par un instrument tranchant, guérissent plus facilement que celles qui résultent de l'élimination d'une eschare.

D'autres causes ont encore une grande importance relativement au pronostic. En premier lieu nous devons considérer l'état de santé des malades, qui a ici une influence encore plus considérable que pour la cicatrisation de la plupart des autres plaies.

La situation de l'orifice vésical du trajet fistuleux devra aussi entrer en ligne de compte. La stérilité, dépendant ou non de l'impossibilité des rapprochements sexuels, est une conséquence fréquente de cette infirmité.

Étiologie. — On peut diviser les fistules du vagin, au point de vue de leur étiologie, en fistules *puerpérales* et *non puerpérales.*

Fistules puerpérales. — La contusion des parois du vagin pendant l'accouchement est la cause la plus fréquente de la fistule. Dans les vices de conformation du bassin ou dans les positions défectueuses du fœtus, si le travail dure longtemps, les tissus sont comprimés entre la tête et les plans osseux résistants de la cavité pelvienne. Il en résulte une gangrène des parties molles; et l'eschare, en s'éliminant, établit une communication entre les deux cavités, vessie et vagin.

La durée de la pression a une importance bien plus grande que son intensité. C'est pourquoi la fistule est plus fréquente dans les accouchements naturels, en l'absence de toute intervention, ou consécutivement à une intervention tardive. Dans les cas d'étroitesse exagérée du bassin, de rigidité ou d'oblitération du col utérin, on a vu se produire des ruptures de l'utérus et du vagin donnant lieu à une fistule; cette origine est exceptionnelle. Les lésions traumatiques causées par le forceps et le céphalotribe peuvent également en être le point de départ, soit directement, soit indirectement. Mais rappelons encore qu'une pression de courte durée, quelque intense qu'elle soit, est moins redoutable qu'une compression beaucoup plus faible et longtemps continuée. D'où ce précepte en accouchement, de ne jamais laisser séjourner la tête plus de deux heures, quand elle a dépassé l'orifice utérin.

La gangrène peut se produire après l'accouchement en dehors de toute action locale et sous l'influence de causes générales qui nous sont à peu près inconnues.

On observe de temps en temps de véritables épidémies de ces gangrènes de la vulve et du vagin. Les conséquences

de l'élimination des tissus sphacélés peuvent aussi, dans ces cas, amener une fistule, quoique ces dernières eschares soient ordinairement moins étendues en profondeur, que celles qui résultent d'un excès de pression.

Fistules non puerpérales. — Quelques auteurs ont fait jouer un rôle primordial aux ulcérations cancéreuses dans la production des fistules vaginales. Cette cause, tout en étant très-réelle, ne nous paraît pas aussi fréquente qu'on l'a dit.

Les pessaires laissés à demeure pendant longtemps, par la destruction inflammatoire des tissus qui les entourent, ont été le point de départ de fistules vésico-vaginales.

Nous en dirons autant des collections purulentes situées dans le voisinage de la vessie et dépendant d'une pelvipéritonite, d'abcès du bassin, d'une hématocèle, d'une grossesse extra-utérine, qui, en s'ouvrant dans la vessie et le vagin, donnent lieu au développement d'un trajet fistuleux.

La présence d'une pierre dans le réservoir urinaire, l'existence d'une cystite chronique, par les ulcérations qu'elles entraînent à leur suite, peuvent aussi amener la fistule. On voit alors l'orifice vésical du trajet beaucoup plus étendu que l'orifice vaginal, ce dernier étant quelquefois presque imperceptible. On a invoqué également, comme causes de cette infirmité, les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses. La rareté des lésions vaginales de cette nature nous permet, en l'absence d'observations à nous connues, de mettre en doute la réalité de cette étiologie.

Cette affection est aussi produite par des traumatismes accidentels ou volontaires. Une chute sur un corps acéré, des opérations pratiquées sur le col de l'utérus ou le vagin, des corps étrangers introduits dans ce conduit, ont pu en être le point de départ.

Il en est de même d'instruments pénétrant dans la vessie,

cathéter, lithotriteur, qui ont traversé la paroi, ainsi que des ponctions de la cavité vésicale ou d'une cavité kystique, par la voie vaginale.

Traitement. — Les traitements préconisés contre la fistule vésico-vaginale sont très-variés et comptent presque tous un certain nombre de succès, soit qu'ils aient été employés isolément ou associés les uns aux autres.

Dans les cas récents, on doit, avant tout, penser à la possibilité d'une guérison spontanée. Pour la faciliter, il y a deux indications principales à remplir : 1° évacuer l'urine contenue dans la vessie ; 2° empêcher l'écoulement du liquide urinaire par le vagin. Pour répondre à la première, on laisse une sonde à demeure, ou, ce qui est bien préférable quand les circonstances le permettent, on pratique le cathétérisme toutes les deux ou trois heures. On empêche l'écoulement de l'urine par le vagin au moyen de tampons comprimant la paroi vésico-vaginale.

Il faut avoir soin, avant d'introduire ces tampons d'ouate ou de charpie, de les entourer d'une enveloppe quelconque, ou de les rendre assez compactes pour qu'une parcelle des substances qui les composent ne pénètre pas dans la vessie, où elle pourrait devenir le point de départ d'un calcul.

On a vu des cas de guérison survenir rien que par la position sur le ventre, prolongée pendant un certain temps. Ces divers moyens devront être associés à la cautérisation des lèvres de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

Le traitement des fistules anciennes est basé sur ce principe de physiologie, que les muqueuses et toutes les surfaces recouvertes d'une ou de plusieurs couches d'épithélium ne peuvent contracter d'adhérences entre elles qu'à la condition d'être dépouillées de ce revêtement.

Aussi, lorsque les bords du trajet sont cicatrisés, doit-on les aviver pour les transformer en une plaie bourgeonnante.

Deux procédés se présentent à nous pour obtenir ce résultat : 1° la cautérisation ; 2° l'avivement des bords et leur rapprochement au moyen de sutures.

La cautérisation peut être appliquée de différentes façons et sera surtout utile dans les fistules de petit diamètre. Le nitrate d'argent solide ou liquide, le fer rouge, ont été également employés. Mais quand la perte de substance est considérable, il faut avoir recours à des procédés chirurgicaux plus compliqués.

L'opération de la fistule vésico-vaginale doit se diviser en plusieurs périodes. Les chirurgiens américains surtout ont insisté sur ces divisions.

Les malades seront soumises, un certain temps avant l'opération, à l'usage d'un régime reconstituant. Avant de tenter l'oblitération de l'orifice fistuleux, on rendra au vagin sa largeur normale, s'il est rétréci ou présente des brides, et on s'assurera de la perméabilité de l'urèthre. La veille de l'opération, un purgatif sera administré à la malade, et un lavement, le matin même, assurera la vacuité du rectum.

Tout étant ainsi disposé, il s'agit de choisir la position que l'on doit donner à la patiente. Les uns conseillent la situation latérale, telle à peu près que nous l'avons décrite à propos de l'emploi du speculum de Sims[1]. D'autres la font placer sur les coudes et les genoux, position très-fatigante et qui rend difficile les inhalations de chloroforme. Bozeman a diminué les inconvénients de la position sur les coudes et les genoux, au moyen d'appareils qui soutiennent le tronc.

Enfin d'autres chirurgiens préfèrent le décubitus dorsal ; le siége étant élevé, les cuisses pliées et rapprochées du tronc, comme pour l'opération de la taille.

[1] Voyez page 8.

On introduit alors le speculum dont on aura fait choix. Celui de Bozeman qui se maintient de lui-même, présente de grands avantages (fig. 43). On doit avoir en outre à sa disposition des écarteurs qui seront maintenus par des

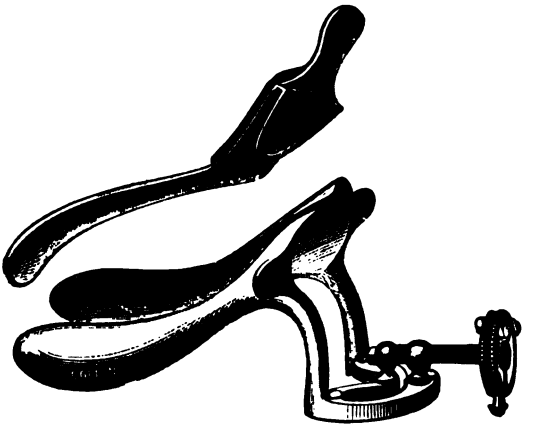


Fig. 43. — Speculum de Bozeman.

(La troisième valve, mobile, s'articule avec une partie saillante sur chacune des deux autres et forme ainsi un speculum à trois valves. Cette valve ne doit être adaptée qu'après l'introduction de l'instrument.)

aides et des spatules dont l'opérateur se servira pour déplisser les régions sur lesquelles il veut agir. Une série de tiges munies d'éponges est également nécessaire.

L'avivement doit porter sur toute l'épaisseur des tissus, sans intéresser la muqueuse vésicale qui sera préalablement disséquée pour l'éloigner des bords de la plaie. Si une hémorrhagie se produit pendant ce temps de l'opération, on l'arrêtera le plus souvent au moyen d'injections d'eau froide, ou par la torsion et la ligature des artérioles qui donneraient du sang.

Il reste alors à passer les fils de soie ou de métal, qu'on rapproche ensuite et qu'on noue en ayant soin également de respecter la muqueuse vésicale. L'important, c'est que

les bords de la plaie soient exactement maintenus en contact.

Bozeman divise l'opération en deux temps, séparés l'un de l'autre par une période de quinze jours à trois semaines.

Le premier temps consiste à inciser et à dilacérer les brides qui rétrécissent le vagin.

On introduit ensuite dans ce conduit des boules dilatatrices de plus en plus grandes, qu'on change tous les trois ou quatre jours.

Les plaies résultant de l'opération, ou les ulcérations de la muqueuse, sont cautérisées avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100.

Fig. 44. — Bistouri articulé de Sims.

Au moyen de cette première tentative, on rend au vagin son diamètre normal et on facilite ainsi le deuxième temps, consistant dans l'avivement et la suture.

Après avoir disséqué la muqueuse vaginale, Bozeman fait l'avivement perpendiculairement à la surface, de façon à obtenir une plaie transversale. L'avivement se pratique au moyen de bistouris à longs manches (fig. 44), et l'on régularisera les bords avec des ciseaux, en sectionnant les portions de muqueuse qui pourraient gêner. On passe ensuite des fils de soie simples, ou fils d'attente, qui servent à conduire des fils métalliques d'un assez gros calibre. Une plaque de plomb percée d'autant de trous qu'il y a de sutures donnera passage aux fils. Ceux-ci seront fixés au moyen de grains de plomb troués.

Les accidents qui compliquent le plus souvent l'opération sont :

1° L'hémorrhagie. Nous avons parlé de celle qui se produit pendant les manœuvres opératoires. L'hémorrhagie consécutive intra-vésicale présente de plus grands dangers que la première et peut compromettre le succès du traitement.

2° La péritonite et la septicémie, quoique peu fréquentes, sont cependant les deux accidents les plus à redouter.

Les soins consécutifs consistent d'abord à empêcher la distention de la vessie.

La sonde à demeure sera utile chez quelques malades[1].

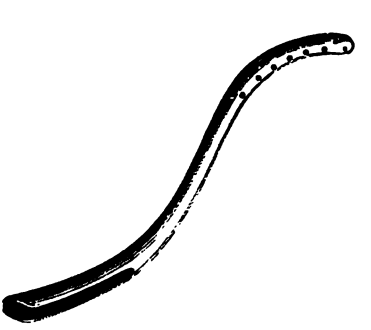


Fig. 45. — Sonde à demeure de Sims.

mais ce procédé ne pourra pas toujours être employé. Certaines vessies ne supportent pas le séjour continu d'une sonde, et on devra alors pratiquer le cathétérisme toutes les deux ou trois heures.

A la suite de l'opération, on voit quelquefois se produire divers troubles de la miction.

Tantôt, malgré la perméabilité de l'urèthre, on constate une rétention d'urine causée par la cessation prolongée de

[1] La sonde de Sims (fig. 45) par sa légèreté présente de grands avantages.

la fonction. Dans d'autres cas c'est, au contraire, un besoin fréquent d'uriner tenant à la diminution de capacité de la vessie, ou à une cystite concomitante. On observe plus rarement l'incontinence d'urine, qui, quand elle existe, disparaît le plus souvent au bout de peu de temps.

Les fils seront retirés du cinquième au dixième jour.

Pendant toute la durée du traitement, le vagin doit être irrigué fréquemment au moyen d'injections détersives.

Une seule tentative opératoire n'amène pas toujours la guérison complète. Souvent, en enlevant les fils, on aperçoit encore un pertuis. Si celui-ci est étroit, des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent suffiront pour amener son oblitération. Si la solution de continuité est plus étendue, on pourra être forcé de recourir à plusieurs opérations successives.

La perte de substance peut être tellement considérable, que le rapprochement des lèvres de la plaie soit impossible.

On aura recours, dans ces cas, à l'oblitération du conduit vaginal au-dessous de la fistule. On enferme ainsi le col de l'utérus dans la vessie, et les règles, comme l'urine, s'écoulent par l'urèthre.

Ce changement dans les conditions physiologiques de l'hémorrhagie menstruelle n'entraîne ordinairement aucun inconvénient pour la santé de la femme[1]. Mais l'oblitération amène forcément la stérilité et souvent l'impossibilité des rapports conjugaux.

On a vu exceptionnellement, comme nous l'avons déjà signalé, la fécondation se produire par l'urèthre dilaté[2].

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 1220.
[2] Voyez page 134.

Variétés plus rares de fistules vaginales.

Nous avons décrit la forme la plus fréquente de fistule observée sur les organes génitaux de la femme.

Le siège de la perte de substance qui fait communiquer entre elles les deux cavités varie selon les cas, et nous avons alors diverses autres espèces que nous allons passer brièvement en revue.

Anatomie pathologique. — 1° La fistule, au lieu de porter

Fig. 46. — Fistule vésico-utéro-vaginale intéressant tout la lèvre du col utérin.

r. Rectum. — u. Utérus. — V. Vessie. — va. Vagin. — P. Péritoine. — f. Siège de la fistule.

sur la paroi vésicale, peut intéresser l'urèthre, et l'on a alors une fistule *uréthro-vaginale* (fig. 40, f^3).

2° Le col de l'utérus participe à la formation du trajet fistuleux, ce qui s'explique par l'amincissement et la situation de cette partie de l'organe utérin au moment de l'accouchement. Si la lèvre antérieure est seulement entamée et que le col forme la paroi postérieure du trajet, on dit qu'il y a *fistule vésico-utéro-vaginale superficielle* (fig. 42). Si

la lèvre antérieure du museau de tanche est complètement détruite, il y a *fistule vésico-utéro-vaginale profonde* (fig. 46).

3° Si la vessie et l'utérus communiquent, sans que le

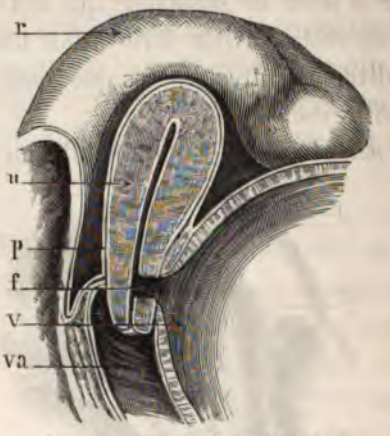


Fig. 47. — Fistule vésico-utérine.

r. Rectum. — u. Utérus. — V. Vessie. — va. Vagin. — P. Péritoine. — f. Siège de la fistule.

vagin participe à la solution de continuité, il y a *fistule vésico-utérine* (fig. 47).

4° Enfin on a vu les uretères communiquer avec le vagin, *fistules urétéro-vaginales*, ou avec l'utérus, *fistules urétéro-utérines*.

Les *symptômes* de ces diverses variétés, de même que leur *étiologie*, ne diffèrent guère de ce que nous avons vu relativement à la forme vésico-vaginale.

Diagnostic. — Quand on s'est assuré qu'il existe une fistule, encore faut-il savoir à quelle variété on a affaire. La situation de l'orifice suffira pour reconnaître la fistule uréthro-vaginale.

Dans les fistules vésico-utérines, l'urine sort par le museau de tanche, et il suffit d'oblitérer pendant quelques

heures l'orifice externe, pour faire disparaître l'écoulement, urinaire par la vulve. Des liquides colorés injectés dans la vessie rendront encore plus nette l'issue de l'urine par le col.

Si la fistule est urétéro-utérine, on voit également l'urine sourdre par l'orifice utérin, mais pas les liquides colorés injectés dans la vessie.

Si elle est urétéro-vaginale, l'urine sort par le vagin, comme pour la vésico-vaginale, mais sa teinte n'est pas modifiée par les injections intra-vésicales de liquides colorés.

Traitement. — L'oblitération des fistules uréthro-vaginales est le plus souvent facile à obtenir. Pour les variétés vésico-utérines et urétéro-utérines, on doit avoir recours à l'oblitération du vagin comme pour les vésico-vaginales très étendues [1].

Dans les formes vésico-utéro-vaginales, l'affrontement doit porter en même temps sur le vagin et sur les lèvres du museau de tanche. Dans toute opération où le col de l'utérus est intéressé, les malades sont plus exposées aux dangers d'une péritonite, que dans celles où le vagin seul est compris.

L'oblitération d'une fistule urétéro-vaginale peut développer du côté des reins des accidents que l'on a vu cesser, en donnant de nouveau une libre issue à l'écoulement urinaire. Dans cette dernière variété, plus que pour les autres, on en sera donc souvent réduit à l'emploi des moyens palliatifs. Dans quelques cas on pourrait transformer une fistule urétéro-vaginale en une vésico-vaginale, que l'on opérerait ensuite [2].

[1] Voyez page 208.

[2] *Ueber Entstehung Erkenntniss und Behandlung der Harnleiterscheiden fisteln*, von Leopold Landau. (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 426, 1876.)

Fistules recto-vaginales[1].

La communication entre le rectum et le vagin s'observe beaucoup moins fréquemment, qu'entre ce conduit et la cavité vésicale.

Anatomie pathologique. — Si, sous l'influence d'un traumatisme ou d'une déchirure, une solution de continuité s'établit à la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin, il se développe, en général, des accidents graves qui mettent en grand danger la vie des malades, et la fistule qui pourrait s'établir consécutivement, en cas de survie, ne présente plus qu'un intérêt secondaire. Nous devons nous occuper surtout ici des lésions qui font communiquer l'intestin avec la partie inférieure du vagin.

Les fistules recto-vaginales sont presque toujours situées vers la portion moyenne. Elles se compliquent souvent de déchirure du périnée.

Les dimensions des orifices fistulaires sont très variables. Tantôt on observe de vastes pertes de substance ; tantôt l'ouverture est si minime, que, ne livrant passage qu'aux gaz, elle passe inaperçue.

Symptômes. — L'issue des matières fécales par l'orifice vulvaire constitue le principal symptôme de ces sortes de fistules. Les matières peuvent passer en totalité par cette voie, ou bien ne s'y engager qu'à la condition d'être liquides. Quelquefois les gaz seuls sont expulsés. Les conséquences de cette pénible infirmité sont à peu près les mêmes que celles des fistules vésico-vaginales. Inflammations et ulcérations de voisinage, interruption forcée des habitudes sociales. Si c'est l'intestin grêle au lieu du rectum qui communique

[1] Voyez figure 40, f².

avec le vagin, le produit de l'écoulement est liquide et jaunâtre.

Diagnostic. — Les mêmes moyens que nous avons indiqués pour la fistule vésico-vaginale serviront à poser le diagnostic de la forme recto-vaginale. Si la communication siége sur la partie supérieure de l'intestin, au-dessus du rectum, la sonde, introduite dans ce dernier conduit, ne laissera constater la présence d'aucune ouverture fistuleuse. Les injections, poussées par l'anus, ne s'écouleront pas non plus par le vagin. Enfin, une sorte de bouillie alimentaire, caractéristique, se fera jour par les organes génitaux externes, deux heures environ après chaque repas.

Pronostic. — La guérison spontanée paraît être plus fréquente pour les fistules recto-vaginales, que pour celles qui font communiquer la vessie et le vagin.

L'opération présente à peu près les mêmes difficultés que l'on rencontre pour les autres variétés.

Cependant les opinions des auteurs sont partagées relativement à cette dernière question; les uns considérant le pronostic comme plus favorable, les autres comme l'étant moins.

Étiologie. — L'étiologie des fistules recto-vaginales est la même que celle des autres espèces étudiées jusqu'à présent.

C'est encore l'accouchement qui occupe le premier rang. Viennent ensuite, le cancer, le séjour trop prolongé d'un pessaire, les abcès de la paroi se faisant jour à la fois dans les deux organes.

On a vu dans des cas de rectocèles, les matières fécales accumulées amener une ulcération des parois rectales et une fistule consécutive (Scanzoni).

Traitement. — Les cautérisations, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec des injections d'une solution argentique poussées dans le trajet fistuleux, pourront être

suivies de succès. On a conseillé les cautérisations alternatives des deux orifices, tantôt de l'extrémité rectale, tantôt de l'extrémité vaginale.

Les précautions à prendre, relativement à l'opération, sont les mêmes que pour la fistule vésico-vaginale. Purgatif la veille et lavement le matin. Le manuel opératoire ne présente rien de particulier. A la suite de l'opération, il faut empêcher la défécation au moyen de la diète et des opiacés. Au bout de dix jours environ, on obtiendra une première selle liquide par l'administration d'un purgatif huileux. Les fils seront enlevés du sixième au douzième jour.

Répétons, en terminant le chapitre des fistules, que plusieurs variétés peuvent se combiner entre elles et se rencontrer sur une même malade.

DU VAGINISME

On désigne sous le nom de vaginisme, une affection dont les deux principaux éléments sont : 1° une hyperesthésie d'un point quelconque de la région génitale externe; 2° une contracture musculaire accompagnant cette exagération de la sensibilité.

Si l'on n'admettait rigoureusement dans la description du vaginisme que les cas où ces deux caractères existent simultanément, on en exclurait un grand nombre d'observations; car l'hyperesthésie peut se rencontrer isolément ainsi que la contracture, ou l'une des deux peut subsister après la disparition de l'autre. Aussi tous les auteurs ne sont-il pas d'accord sur ce qu'on doit entendre par ce mot de vaginisme. L'étude des observations et des théories auxquelles elles ont donné lieu nous montre qu'on a eu affaire

à des formes diverses et qu'on a généralisé, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, quelques faits très réels et bien observés.

Nous croyons qu'il vaut mieux ranger dans un même chapitre ces différentes variétés de manifestations morbides, dont la conséquence la plus importante se réduit toujours à un obstacle apporté aux rapprochements sexuels; le développement des organes génitaux étant du reste absolument normal.

Anatomie pathologique. — La richesse musculaire du vagin et des régions qui l'environnent explique très bien la disposition de ce conduit à se contracter exagérément. Tous les muscles qui entrent dans la structure du plancher périnéal peuvent présenter des contractures, des crampes réflexes. Le constricteur de la vulve et du vagin, le constricteur de l'anus, le releveur de l'anus, les muscles de l'urèthre, les transverses superficiel et profond. Nous avons vu que quelques faisceaux du releveur de l'anus se portent sur les parois latérales du vagin. Ces muscles (fig. 48) ne constituent pas un véritable sphincter, mais en se contractant ils portent en avant l'anus et la paroi vaginale postérieure, et rapprochent l'une de l'autre les parois latérales, diminuant ainsi le diamètre du conduit[1]. Quelques auteurs paraissent avoir décrit ces faisceaux du releveur, sous le nom de constricteur *supérieur* du vagin.

Le spasme peut se produire simultanément sur tous les muscles de la région. Ou bien l'un deux sera atteint isolément, et le constricteur de la vulve paraît y être disposé plus que tous les autres.

Dans le plus grand nombre des cas de vaginisme si on cherche bien, on trouve une lésion superficielle, point de départ de l'affection.

[1] Voyez figure 48.

L'exploration, rendue difficile par l'état d'hyperesthésie de ces organes, ne pourra quelquefois être complétée que sous l'influence des anesthésiques. Tantôt ce seront de légères fissures ou des excoriations de la fourchette, du

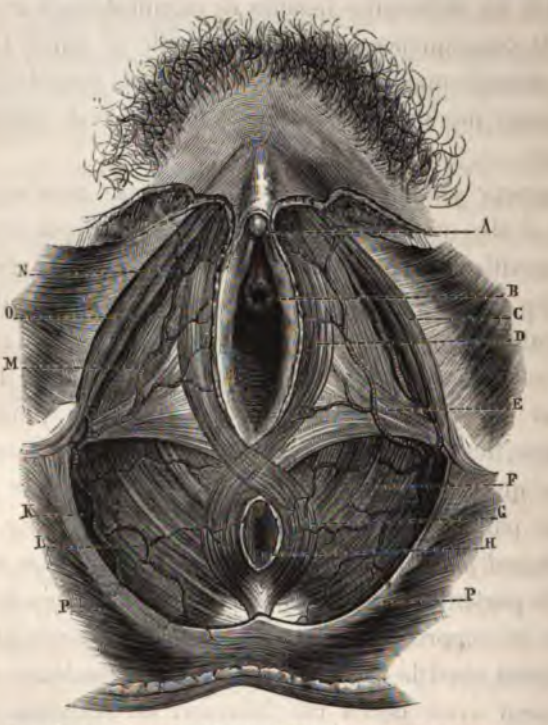


Fig. 48. — Muscles du périnée (d'après Tarnier et Chantreuil).

A. Clitoris. — B. Méat urinaire. — C. Muscle ischio-caverneux. — D. Muscle constricteur du vagin. — E. Muscle transverse du périnée. — F. Muscle releveur de l'anus. — G. Sphincter anal. — H. Anus. — K. Artère honteuse interne. — L. Branches hémorrhoïdales. — M. Artère superficielle du périnée. — O, Artère caverneuse ou clitoridienne. — P. P. Muscles grands fessiers.

vestibule, de l'orifice des glandes vulvo-vaginales, que l'on aura l'occasion d'observer. D'autres fois ce seront de petits polypes de l'urèthre, des excroissances de l'hymen ou des caroncules myrtiformes. Dans des cas plus rares, un état pathologique de l'utérus suffira pour donner lieu au vaginisme.

Ces lésions, quelquefois minimes, devront toujours être recherchées avec le plus grand soin en pareilles circonstances.

Au lieu d'une perte de substance plus ou moins étendue, il est possible qu'on ne rencontre qu'un état inflammatoire des tissus, constitué par de la rougeur sans dénudation épithéliale.

Il ne faudrait pas croire, cependant, qu'il existe toujours une lésion appréciable. Il est des malades chez lesquelles on constate tous les symptômes du vaginisme, sans qu'on en trouve l'explication anatomique. On est en droit de supposer alors que la lésion a disparu, laissant à sa suite le cortège de symptômes qu'elle avait amenés.

Enfin on peut avoir affaire à une névralgie se produisant dans la région vulvaire, comme sur un autre point quelconque de l'économie. Ces derniers cas paraissent être tout à fait exceptionnels.

Symptômes. — Chez les femmes qui présentent les symptômes du vaginisme, le moindre attouchement de l'orifice vulvaire amène des douleurs souvent intolérables. Rarement spontanées, ces manifestations hyperesthésiques se produisent seulement quand on veut introduire dans les voies génitales, un corps quelconque, même peu volumineux, tel qu'une sonde ou un stylet. Toute la région vulvo-vaginale peut être douée de cet excès de sensibilité ; ou bien un point seulement, le plus souvent l'hymen ou les caroncules myrtiformes.

On a vu la face antérieure de l'hymen acquérir le degré le plus extrême de l'hyperesthésie, tandis que sa face postérieure demeurait insensible (Richard, Sims). Le contact de l'extrémité d'un pinceau ne pouvant pas être supporté sans amener des cris [1] et des contorsions.

[1] Sims, *loc. cit.*, p. 386.

Outre ces crises douloureuses causées par le moindre attouchement, les malades accusent ordinairement divers troubles qui pourraient donner le change et faire croire à une autre affection. Ce sont des sensations de pesanteur, de corps étranger amenant un besoin d'expulsion, ou bien du ténesme vésical et anal accompagné de prurit. Ces différents signes augmentent chez certaines femmes au moment de la période menstruelle. Cet état physiologique amène au contraire, chez d'autres, une rémission des symptômes. La douleur est suivie, le plus souvent, d'une contracture musculaire, tantôt continue, tantôt intermittente, quelquefois assez intense pour empêcher l'introduction du doigt.

Ce spasme musculaire reste localisé à l'anneau vulvaire, ou se propage aux régions voisines urèthre, rectum.

La contraction tétanique ne siège pas toujours sur le même point. On l'observe à l'orifice inférieur du vagin, ou bien à une certaine distance, 4 à 5 centimètres, de l'orifice. Ce sont là les deux formes que l'on a décrites sous le nom de vaginisme *inférieur* et *supérieur*[1]. Chez certaines malades, la douleur se montre un certain nombre de mois avant l'apparition de la contracture.

La plupart des cas de vaginisme présentent réunis les deux phénomènes, douleur et contracture. On a vu cependant, comme nous l'avons déjà signalé, l'un exister sans l'autre, douleur sans contracture, plus rarement contracture en l'absence d'hyperesthésie.

Sous l'influence de ces souffrances prolongées, les malades commencent à maigrir et leur santé générale ne tarde pas à s'altérer. Les préoccupations morales et la tristesse, dépendant souvent de désirs maternels non satisfaits, entrent pour une grande part dans ces résultats fâcheux.

[1] Voyez Hildebrandt, *Arch. f. Gyn.*, t. III, p. 221, et Révillout, *Gaz. des hôpit.*, 1874, p. 795.

On a même voulu faire jouer un certain rôle au vaginisme, dans la production de quelques formes de maladies mentales[1].

Diagnostic. — Le diagnostic du vaginisme est en général facile. Les sensations de pesanteur, de corps étranger, accusées par les malades, pourraient faire penser à un prolapsus. L'examen le plus superficiel suffira à lever tous les doutes.

Il en est de même de la confusion à laquelle donnerait lieu l'atrésie du vagin, ou une imperforation de l'hymen.

La situation, le degré d'inclinaison de la fente vulvaire, fourniront quelques indications sur la possibilité des rapprochements sexuels incomplets qui sont souvent, comme nous le verrons, la cause du vaginisme. La rougeur de la vulve, l'existence d'une lésion sur un de ses points, ne tarderont pas à mettre sur la voie de la pathogénie de l'affection.

Pronostic. — En général, le vaginisme guérit avec la lésion qui en a été le point de départ. Le plus grand nombre des cas se termine favorablement et sans opérations sanglantes. Ceux plus rebelles, pour lesquels tous les moyens de traitement échouent, doivent être considérés comme exceptionnels.

Sans entraîner un danger pour la vie des malades, le vaginisme n'en mérite pas moins d'attirer sérieusement l'attention du médecin ; premièrement, comme cause fréquente de stérilité ; ensuite, par le trouble qu'il apporte dans les rapports conjugaux, et souvent, par là, dans l'avenir de toute une famille.

Malgré des rapprochements sexuels incomplets, la fécondation est possible, et les cas de grossesse avec persis-

[1] Arndt, *Berliner Klinische Wochenschrifft*, 1870, p. 340.

tance de l'hymen ne sont pas très rares. L'accouchement peut être, par conséquent, une cause de guérison spontanée.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et on a vu le vaginisme se reproduire après les couches, avec toute son intensité première[1], ce qui prouve que la dilatation n'est pas un moyen infaillible.

Étiologie. — Les ulcérations, les fissures de la vulve sont le plus souvent la cause du vaginisme. Peut-être, dans bien des cas où elles ont été niées, leur absence supposée n'était-elle que le résultat d'un examen incomplet. C'est ainsi que, grâce au chloroforme, on a pu constater, entre le clitoris et l'urèthre, la présence d'excoriations passées inaperçues malgré des recherches réitérées. Cette toute petite lésion amenait des crises de vaginisme des plus intenses, qui disparurent sous la seule influence de sa cicatrisation.

De même, un polype pédiculé caché dans l'urèthre, une érosion siégeant sur un périnée déchiré, avaient suffi pour amener tous les symptômes du vaginisme, qui cessèrent également après l'ablation du polype ou la guérison de la fissure[2].

Ce résultat n'est pas constant et les accidents peuvent persister après la disparition de la lésion initiale. Mais ce sont là des cas rares.

La vaginite ou la vulvo-vaginite peuvent-elles amener du vaginisme en l'absence d'ulcération ?

Tous les gynécologistes n'admettent pas cette cause, considérée comme importante par Churchill et mise en doute par Schrœder. Quelques faits que nous avons observés sont en faveur de l'opinion de Churchill et nous portent à

[1] Cas de Wright, *British medic. Journ.*, 1875, p. 44.

[2] *Ein Beitrag zur Lehre vom Vaginismus*, von Fritsch (*Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 547, 1876).

croire que la vaginite occupe une place assez importante dans cette étiologie.

Les affections de l'urèthre, de la vessie, de l'anus, donnent quelquefois lieu à la contracture douloureuse du vagin.

On a aussi incriminé les lésions des ovaires et de l'utérus. Des observations intéressantes de vaginisme consécutif a une ulcération de l'utérus, disparaissant et se reproduisant avec elle, ne peuvent laisser aucun doute sur la possibilité de cette origine[1].

Hildebrand a établi une comparaison entre le siège de la lésion et le point où se produit la contracture. D'après cet auteur, les lésions vulvaires ou superficielles du voisinage de la vulve donneraient lieu au vaginisme inférieur, causé par la crampe du constricteur vulvo-vaginal. Au contraire, les affections de l'utérus ou des ovaires amèneraient plutôt le vaginisme supérieur, ou spasme du muscle releveur de l'anus. Il cite un cas de ce genre, où la moindre tentative d'exploration était immédiatement suivie de la contraction tétanique des muscles du vagin, de l'anus et de l'urèthre. La contracture douloureuse du vagin remontait à une profondeur de 5 à 6 centimètres, et celle des autres muscles étaient telle, que l'introduction d'une sonde dans la vessie ou l'administration d'un lavement étaient chose presque impossible.

Ce sont, le plus souvent, des jeunes femmes nouvellement mariées qui sont exposées à ces accidents. Les tentatives répétées et incomplètes dans les rapprochements sexuels jouent alors le principale rôle, soit que ces résultats infructueux proviennent du fait du mari, ou qu'ils soient consécutifs à la disposition des organes de la femme.

La vulve est quelquefois située de telle façon que la verge

[1] Voyez les observations de Trélat, *Compte rendu de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 1875, p. 982.

va heurter contre la fourchette ou la fosse naviculaire, ou inversement contre l'urèthre ou le vestibule, d'où résultent des traumatismes pouvant donner lieu à des contractures douloureuses. Les jeunes épouses ne sont pas seules exposées à ces troubles de la sensibilité, nous avons signalé des faits prouvant qu'ils peuvent même résister à l'accouchement.

Nous avons déjà rappelé que, malgré la lésion guérie, les accidents ne disparaissent pas toujours.

Ces phénomènes ont une grande analogie avec ce qu'on observe dans la contracture du muscle orbiculaire des paupières, à la suite de certaines kératites. Après la disparition de la kératite, il subsiste un spasme musculaire qui se reproduit sous l'influence de la lumière.

On a voulu voir dans le vaginisme une des nombreuses manifestations de l'hystérie. Il est certain que quelques malades peuvent rentrer dans ce groupe; mais on rencontre des femmes atteintes de spasme vaginal et qui ne sont nullement hystériques.

C'est chez ces dernières que se voient le plus souvent les cas de vaginisme dit névralgique, sans lésions apparentes. On a cité des observations de jeunes filles vierges n'ayant subi aucune tentative de coït, et chez lesquelles l'attouchement de la vulve amenait des crampes douloureuses dans les muscles de toute la région, vagin, anus, urèthre.

M. Gosselin a signalé cette sensibilité de l'hymen chez les vierges même à l'état normal. Celle-ci en s'exagérant dans certaines circonstances jouerait le principal rôle et, d'après cet auteur, la contracture musculaire n'aurait qu'une minime importance[1].

Si les troubles de la sensibilité locale sont sous l'influence

[1] Gosselin, *Cliniques de la Charité*. t. II, p. 473

d'une névrose générale, il est bien rare que l'hyperesthésie ne se manifeste qu'à la région vulvaire et qu'on ne trouve pas des points douloureux sur d'autres parties du corps. Beigel a cité un cas de névralgie faciale alternant avec une névralgie vulvo-vaginale, chez une femme n'ayant jamais présenté de troubles hystériques[1].

On a prétendu que le vaginisme pouvait être lié à la colique de plomb ou à la paralysie saturnine (Neftel).

La contraction tétanique des muscles du vagin, pendant l'accouchement, a fait croire à l'existence de brides qui n'existaient pas[2].

On a observé des femmes chez lesquelles cette contraction ne se produisait que pendant la grossesse, pour disparaître après l'accouchement[3].

Nous résumerons ce chapitre d'étiologie en disant que, dans la majorité des cas, les symptômes du vaginisme sont sous la dépendance d'une lésion appréciable, le plus fréquemment située dans la région vulvo-vaginale.

Traitement. — Le traitement sera souvent très simple, et les cas de guérison, par le traitement médical seul, sont assez fréquents.

Si on peut trouver la lésion locale, on devra avant tout chercher à en obtenir la cicatrisation. Le repos, des bains et des lotions émollientes, pourront suffire pour atteindre ce but.

Si la fissure ou l'ulcération ne guérissent pas ainsi, on aura recours à des cautérisations avec le nitrate d'argent ou la teinture d'iode. La poudre d'iodoforme a donné de bons résultats entre les mains de M. Tarnier[4].

[1] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 694.
[2] Revillout, *loc. cit.*, p. 793.
[3] Verder, *Jahresbericht.* 1872, t. II, p. 659.
[4] *Gaz. des hôpit.*, 1875, p. 806.

S'il y a seulement de la rougeur des parties hyperesthésiques, des badigeonnages seront pratiqués avec une solution de nitrate d'argent à 1/3, d'acide phénique à 1/100, ou de tannin au 1/10.

Dans tous les cas, on pourra également faire usage de suppositoires introduits tous les soirs dans le conduit vaginal[1]. Raciborski conseillait le bromure de potassium à l'intérieur et des pansements locaux avec une pommade belladonnée au quart.

Quand la sensibilité de la région sera émoussée, on procédera à la dilatation graduelle. Celle-ci sera faite au moyen de mèches enduites de pommade belladonnée. Sims emploie des dilatateurs en verre ou en caoutchouc durci, munis d'une dépression pour loger l'urèthre et ne pas gêner la miction.

On a appliqué au vaginisme la dilatation forcée, comme pour la fissure à l'anus.

La malade étant sous l'influence du chloroforme, on introduit dans l'orifice vulvo-vaginal l'index et le médius des deux mains, qu'on écarte fortement les uns des autres.

Dans presque tous les cas, le vaginisme guérit sans opération sanglante. Il existe cependant des malades chez lesquelles, l'affection ayant résisté à tous les traitements, on pourrait être amené à pratiquer l'opération conseillée par Sims. D'après l'opinion de ce chirurgien, la dilatation seule est inefficace. Son procédé consiste : 1° à exciser l'hymen ou les caroncules myrtiformes ; 2° à inciser l'orifice vaginal ; 3° à dilater cet orifice.

Dans un cas rebelle, Simpson a fait avec succès la section du nerf honteux.

[1] Beurre de cacao . . . . . 4 grammes.
Bromure de potassium . . . . . 50 centigr.
Extrait de belladone. . . . . 30 —
Acide thymique . . . . . 5 —
pour un suppositoire.

Quand on n'observe pas de lésion apparente, si la maladie revêt les allures d'une névralgie, on doit employer les injections sous-cutanées de morphine.

S'il existait un polype ou une excroissance douloureuse, on en pratiquerait l'ablation. Les affections utérines seront également soumises à un traitement direct.

Il est rare que sous l'influence des souffrances prolongées, l'état des malades atteintes de vaginisme ne réclame pas, associés au traitement local, les modificateurs généraux, fer, quinquina, hydrothérapie, massage.

Spasmes non douloureux du vagin.

Il existe chez certaines femmes des spasmes indolents du vagin qui peuvent être assez intenses, pendant l'acte sexuel, pour amener de la douleur chez l'homme.

Hildebrandt attribue ces faits (*penis captivus*) à une contracture du muscle releveur de l'anus, comparable à ce qu'on observe dans les cas de vaginisme supérieur.

Ces contractions peuvent, d'après certains auteurs, être cause de stérilité en amenant l'expulsion du liquide spermatique. C'est à ce titre que nous avons cru devoir appeler l'attention sur cette forme non douloureuse de spasme du vagin.

On devra conseiller, dans ce cas, le séjour prolongé de l'organe copulateur dans le canal vaginal après les rapprochements.

TROISIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE L'UTÉRUS

ANATOMIE DE L'UTÉRUS

L'utérus (fig. 49, b et fig. 50, u) est un organe creux, situé dans le petit bassin, entre la vessie (c) et le rectum (a). Recouvert par le péritoine dans une grande portion de son étendue, il adhère au vagin (d) par sa partie inférieure. De nombreux ligaments, tout en le maintenant à la place qu'il doit occuper, lui laissent cependant une grande mobilité. A l'état de vacuité, l'utérus est placé à une assez grande distance des parois abdominales, qu'il faut fortement déprimer pour arriver à le percevoir par le palper.

L'organe utérin adulte pèse environ quarante-cinq grammes. Il forme avec le vagin un angle ouvert en avant. Un léger degré d'antécourbure joint à un peu d'antéversion constituent sa situation normale. Celle-ci change, du reste, selon que la vessie est plus ou moins pleine, et sous l'influence de la complète réplession du réservoir urinaire, l'utérus est porté en haut et en arrière. Toutes ces variations dans sa position normale, sous diverses influences, ont

un grand intérêt, relativement aux déviations pathologiques, à propos desquelles nous reprendrons cette question avec tous les détails qu'elle comporte.

La face antérieure de l'utérus est en rapport avec la face postérieure de la vessie. Le péritoine ne revêt pas toute

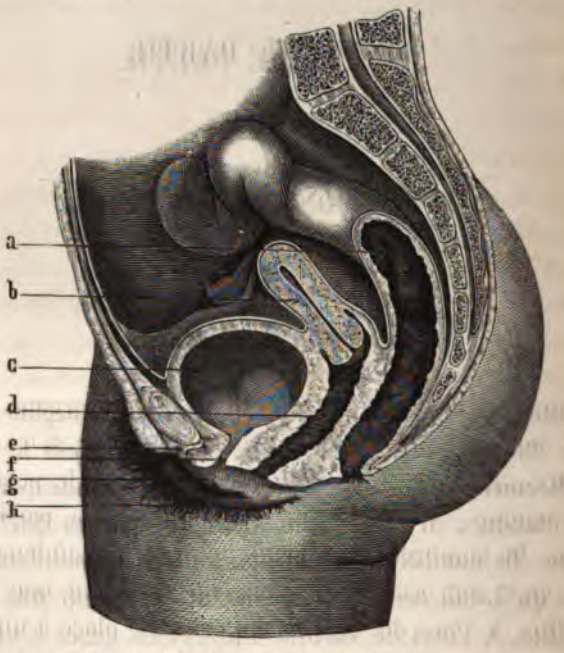


Fig. 49. — Coupe verticale du bassin.

a. Rectum. — b. Utérus. — c. Vessie. — d. Vagin. — e. Clitoris. — f. Urèthre. — g. Petites lèvres. — h. Grandes lèvres.

cette face antérieure. Arrivé au niveau de l'union du col et du corps, il se porte en haut et en avant pour gagner la vessie, formant ainsi un repli, que l'on désigne sous le nom de *cul-de-sac vésico-utérin*. Ce cul-de-sac, chez l'adulte, est séparé du vagin par une distance de deux ou trois centimètres. Le col utérin est en rapport intime avec la vessie, sur une longueur de 15 millimètres environ.

La face postérieure de l'utérus est séparée du rectum par du tissu conjonctif et par le péritoine qui la revêt dans toute sa hauteur. La séreuse dépasse même le col pour doubler le quart supérieur du vagin et se réfléchir sur l'intestin, en donnant lieu à un autre repli, ou *cul-de-sac recto-utérin*. Le cul-de-sac péritonéal postérieur est beaucoup plus profond que l'antérieur, ce dernier ne dépassant pas l'isthme de l'utérus.

Nous avons déjà signalé, à propos du vagin, l'existence de replis de ce canal auxquels on donne également le nom de culs-de-sac.

Il ne faut pas confondre ces replis ou culs-de-sac vaginaux, avec les replis ou culs-de-sac péritonéaux qui les avoisinent, et qui sont constitués par la séreuse.

Le bord supérieur de l'utérus est recouvert d'une couche péritonéale dans toute son étendue. L'adhérence de la séreuse avec le tissu sous-jacent est tellement intime, qu'il est impossible de les séparer par la dissection la plus minutieuse. Tout le fond de l'organe est en rapport avec les anses intestinales, qui le recouvrent complètement.

Les bords latéraux répondent aux ligaments larges (fig. 50) et sont côtoyés par les artères utérines.

L'utérus a la forme d'un cône aplati, dont la base arrondie regarde en haut et le sommet en bas.

Il doit être divisé au point de vue anatomique, aussi bien qu'au point de vue physiologique et pathologique, en corps et en col.

Le corps est aplati d'avant en arrière, tandis que le col est plutôt cylindrique et renflé à sa partie moyenne.

Le vagin en s'insérant sur le col vers son tiers supérieur, le divise en deux portions, sus-vaginale et intra-vaginale.

Ce second segment porte également le nom de *museau de tanche*.

On décrit au museau de tanche deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure, réunies par des commissures épaisses. Cette description peut être exacte chez les femmes ayant eu des enfants, chez lesquelles il existe, en effet, souvent, deux lèvres également ou inégalement développées.

Fig. 50. — Coupe horizontale du bassin.

r. Rectum. — u. Utérus. — t. t. Pavillon de la trompe. — o. Ovaire. — V. Vessie.

Mais chez celles qui n'ont pas conçu, l'extrémité du col a la forme d'un bourrelet circulaire percé à son centre d'une ouverture (orifice externe, orifice du museau de tanche). On donne le nom d'*isthme*, à la portion rétrécie que l'on observe à l'union du col et du corps. L'orifice qui fait communiquer les deux cavités est connu sous la dénomination d'*orifice interne*.

La forme, les dimensions absolues et relatives de l'utérus, diffèrent selon l'âge et les conditions physiologiques. Ainsi, tandis que chez le nouveau-né le col forme la presque totalité de l'organe, ce rapport est inverse chez la femme

ayant eu des enfants, chez laquelle le corps utérin atteint des dimensions bien supérieures à celles du col[1].

Enfin celui-ci varie normalement chez la femme adulte, dans diverses circonstances qu'il est utile de connaître.

On a décrit avec beaucoup de détails et des chiffres exacts, les différences qui existent entre le col de la femme vierge, défloréc, ayant eu ou non des enfants non à terme ou à terme.

Les variations individuelles sont tellement considérables d'une femme à l'autre, que les deux extrêmes seuls se reconnaissent avec une assez grande certitude, celui de la femme vierge d'enfants et celui de la femme ayant accouché.

Chez la vierge, le col présente une forme conique, allongée, à base supérieure à extrémité inférieure. Sa couleur est d'un rose vif, sa consistance élastique sans dureté. Son diamètre longitudinal et transversal mesure un centimètre environ. L'orifice du museau de tanche est rond ou triangulaire, plus rarement représenté par une fente linéaire. Chez la femme déflorée mais n'ayant pas conçu, on admet que la portion cervicale est moins saillante dans le vagin et que ses diamètres transversaux sont légèrement augmentés.

Le col de la femme ayant eu des enfants possède des caractères très-différents de ceux que nous venons de décrire.

Au lieu de la forme conique de cette partie de l'utérus chez la vierge, celle-ci est plutôt cylindrique, ou même sa portion inférieure est plus large que la supérieure, inversement à ce que nous avons vu pour l'autre. Les deux lèvres sont épaissies, inégales, portant de nom-

[1] Voyez Guyon, *Thèse de Paris*, 1858, et *Journal de la physiologie* de Brown-Séquard, 1859, t. II, p. 186.

breuses échancrures, traces des déchirures subies pendant l'accouchement. Dans les neuf-dixièmes des cas, on rencontre, dans ces conditions, une déchirure plus ou moins profonde située à gauche. Le siège de cette encoche est en rapport avec la position occipito-iliaque gauche du fœtus, de beaucoup la plus fréquente dans l'accouchement normal.

D'autres différences existent encore. L'orifice du museau de tanche, au lieu de ses proportions ponctiformes ou linéaires, prend l'aspect d'une fente transversale et sinueuse de un à deux centimètres de long.

La coloration d'un rose vif est devenue d'un blanc à peine rosé. La consistance élastique s'est transformée en une rénitence beaucoup plus dure, plus résistante.

Si on compare les dimensions du col d'une multipare à celles de la même région chez une nullipare, on voit que les diamètres du premier sont, en moyenne, plus que triplées dans tous les sens.

On a également décrit des différences entre le col d'une femme ayant eu une grossesse terminée prématurément, et celui d'une femme accouchée à terme. Nous ne croyons pas utile d'insister davantage sur ces détails de peu d'importance.

Il n'est pas possible de reconnaître à l'examen du museau de tanche le nombre des accouchements. On peut dire cependant, que plus une femme a eu d'enfants, plus son col est gros et l'orifice externe entr'ouvert[1].

Chez les vieilles femmes, l'utérus s'atrophie et le col s'efface de plus en plus avec les progrès de l'âge. Ce fait n'est cependant pas constant, comme nous le verrons à

[1] On a construit plusieurs appareils destinés à mesurer les dimensions du col utérin. Nous employons ordinairement pour cet usage une pince à pansement, munie d'une règle divisée, placée au voisinage des anneaux (fig. 51).

propos de la métrite chronique aux périodes avancées de la vie.

Chez les femmes qui sont réglées, le col prend une couleur violacée se rapprochant plus souvent de la teinte

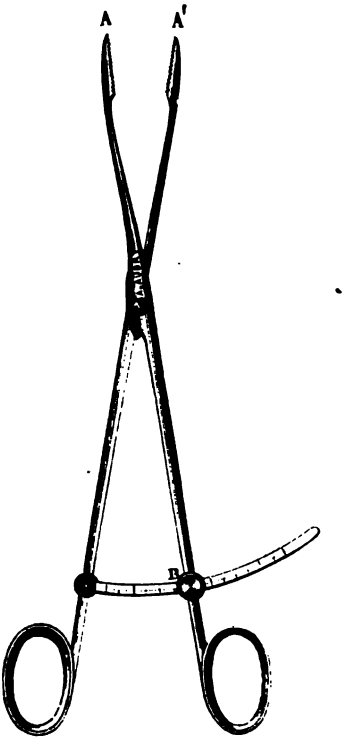


Fig. 51. — Pince servant à mesurer le col de l'utérus.

A, A'. Mors de la pince — B. Vis servant à fixer la règle graduée quand on veut mesurer les dimensions du col.

fuchsia, au moment de la période menstruelle. Cette coloration s'accentue encore davantage pendant la gestation, et peut être un élément de diagnostic de la grossesse au début.

La plupart des auteurs ont avancé, qu'à l'état physiolo-

gique, il ne s'écoule aucune sécrétion par l'orifice cervical. Cette proposition nous paraît beaucoup trop absolue : car on voit souvent une quantité notable de mucus s'échapper de l'orifice externe d'utérus absolument sains.

Il est important d'être prévenu de ce fait, pour ne pas cautériser un organe normal, parce qu'on trouve un peu de liquide sécrété.

Nous ne croyons pas nécessaire de donner des chiffres exacts relatifs à l'épaisseur et à la profondeur des différentes régions de l'utérus. Au point de vue pratique, il suffit de se rappeler que la profondeur de la cavité utérine atteint de 5 centimètres à 5 centimètres 1/2 chez la femme vierge d'enfants, et de 6 à 6 1/2 chez celle qui a été mère. Ces dimensions peuvent être constatées sur le vivant au moyen de l'hystéromètre.

L'utérus reçoit du sang artériel par deux voies différentes. Les artères destinées au col naissent de l'hypogastrique et prennent le nom d'*artères utérines*. Celles qui se rendent au corps proviennent de l'artère ovarienne, nommée par quelques anatomistes *utéro-ovarienne*.

Les veines acquièrent, sous l'influence de la grossesse, un énorme volume ; on leur a donné le nom de *sinus utérins*.

Les vaisseaux lymphatiques offrent, comme les veines, un volume considérable après l'accouchement, ou sous l'influence de certains états pathologiques. Quoique s'anastomosant fréquemment entre eux, ceux du corps et du col ont une direction et une situation différente. Les premiers, plus superficiels, se rendent aux ganglions lombaires. Les autres, plus profondément placés dans le tissu des ligaments larges, aboutissent aux ganglions pelviens, surtout à ceux que l'on rencontre sur le bord de ces ligaments [1].

[1] Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine.* (*Thèse de Paris*, 1870.)

L'importance de cette disposition a été mise en relief, dans ces dernières années surtout, relativement à la pathogénie des inflammations circum-utérines, comme nous le verrons plus loin.

Les nerfs qui se rendent à l'utérus proviennent, les uns du plexus rénal et mésentérique inférieur, les autres du plexus hypogastrique.

Histologie. — Si on pratique une coupe comprenant toute l'épaisseur des parois utérines, on trouve de dehors en dedans : 1° le revêtement péritonéal; 2° le tissu fibro-musculaire; 3° la muqueuse.

Le revêtement péritonéal est constitué par de grandes cellules endothéliales, dont la disposition est facile à étudier au moyen de l'imprégnation d'argent.

Le parenchyme utérin est formé, pour le corps comme pour le col, par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires lisses entrecroisés dans divers sens. Ces derniers éléments sont beaucoup plus nombreux dans le corps que dans le col.

On a décrit plusieurs couches de ces faisceaux musculaires. Ceux-ci ne forment pas, quoi qu'on en ait dit, de plans à direction bien déterminée[1]. Les différentes couches, obtenues au moyen du scalpel, sont constituées par des faisceaux irrégulièrement disposés.

Les fibres longitudinales prédominent peut-être un peu dans la partie la plus externe, et les fibres horizontales dans les points les plus rapprochés de la muqueuse; mais il n'y a pas, chez la femme, de couches proprement dites dont les fibres aient une disposition régulière, comme on l'admet en général.

Ce caractère anatomique est plus accentué dans l'utérus

[1] Hélie, *Thèse de doctorat*. Paris, 1865.

de certaines espèces animales, le chien, le cobaye, par exemple.

L'emploi de la purpurine en histologie nous a permis de beaucoup mieux étudier qu'on avait pu le faire jusqu'à ce jour, la disposition des faisceaux musculaires dans l'utérus. Cette substance ayant la propriété de colorer fortement les muscles en rose, tandis qu'elle laisse à peu près incolores les fibres de tissu conjonctif.

Sous l'influence de la grossesse, les fibres musculaires prennent un développement considérable et un aspect particulier, granulé, qui les rapproche un peu de l'aspect des fibres striées, comme Ranvier l'a fait observer depuis longtemps.

Entre les faisceaux musculaires existe du tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des nerfs.

Les lymphatiques de l'utérus ont été décrits, principalement au point de vue histologique, par Léopold, dans un travail publié dans les *Archives de gynécologie*[1].

Nous avons vérifié l'exactitude des faits avancés par Léopold, sur tous les points que nous avons eu l'occasion d'étudier.

D'après cet histologiste, les glandes de la muqueuse sont, ainsi que les vaisseaux, entourés de gaines lymphatiques. Ces gaines communiquent avec des espaces de même nature qui sont eux-mêmes en rapport les uns avec les autres par des trajets plus rétrécis, ou fentes lymphatiques.

L'ensemble de ce système de lacunes et de fentes se continue avec un vaste réseau sous-péritonéal, qui revêt toute la surface externe de l'utérus et dont une partie sert à

[1] *Die Lymphgefässe des normalen, nicht schwangeren Uterus*, von Gerhard Leopold. (*Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, p. 1.) Une partie du travail de Léopold a été traduite en français dans la thèse de M. Fioupe, *Lymphatiques utérins*, etc., 1876.

former les nombreux vaisseaux de plus gros calibre qui parcourent les ligaments larges.

On sait que la cavité péritonéale communique avec les fentes sous-jacentes, par des espèces de tubes entourés de cellules, que Ranvier a bien démontrés dans le centre phrénique du lapin et auxquels il a donné le nom de puits lymphatiques [1].

Ces puits lymphatiques n'ont pas été démontrés pour l'utérus, mais leur existence y est assez probable. En tout cas, il y a une communication des plus faciles entre le système lymphatique de la cavité utérine et le réseau sous-péritonéal.

Le tissu conjonctif de l'utérus est du tissu fibreux, pauvre en éléments cellulaires, riche au contraire en fibres élastiques.

La vascularité de cet organe est considérable. Les artères sont remarquables par leur disposition hélicine et par l'épaisseur de leurs parois.

Le mode de terminaison des nerfs dans les muscles lisses est encore assez mal connu. L'utérus est un des plus mauvais objets d'étude pour ce genre de recherches. Aussi faut-il d'abord bien connaître les terminaisons des nerfs dans les fibres lisses, sur d'autres points de l'économie, avant d'entreprendre pour cet organe un travail de ce genre.

Il est probable que les nerfs sont disposés de même dans tout le système musculaire lisse, quelle que soit la région que l'on considère.

Les histologistes sont loin d'être d'accord au sujet de la façon dont se comportent ces terminaisons nerveuses. Les uns soutenant que les nerfs se finissent, sur ou dans les muscles.

[1] Ranvier, *Traité technique d'histologie*, p. 396.

par une extrémité libre[1]; pour d'autres, au contraire, les dernières fibrilles, résultant de la division du nerf, formeraient un réseau terminal.

Ranvier, ayant repris cette question, est arrivé, au moyen d'une application nouvelle de la méthode du chlorure d'or, à des résultats très intéressants. D'après lui[2], les nerfs moteurs se divisent et se subdivisent jusqu'à donner des fibrilles qui vont se perdre à la surface des cellules musculaires lisses, en s'épanouissant et formant une arborisation terminale, à laquelle il donne le nom de *tache motrice*. Avant que ces fibrilles se détachent, les nerfs forment (chez les mammifères) un réseau très complexe; disposition qui explique la divergence d'opinion des anatomistes. En effet il existe bien un réseau nerveux, mais de ce point partent des fibres excessivement fines qui vont se terminer en s'épanouissant sur le muscle lui-même. Le réseau est en rapport avec la synergie fonctionnelle amenant la contraction de l'organe en totalité. D'après ces faits, il y aurait une grande ressemblance entre la terminaison des fibres nerveuses, dans les muscles lisses et dans les muscles striés, *la tache motrice* des uns, remplaçant *la plaque motrice* des autres.

L'étude de la muqueuse utérine présente beaucoup d'intérêt et en même temps de grandes difficultés.

Chez la femme, outre les différences individuelles, cette muqueuse varie à chaque instant, selon qu'on l'étudie avant ou après les règles, à une époque plus ou moins rapprochée de ce moment, à l'état de vacuité ou à une période variable de la grossesse.

[1] *Beiträge zur feinerem Anatomie der Muskelfasern des Uterus* von Elischer. (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 10, 1876.)

[2] Ranvier, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1878, t. LXXXVI, p. 143.

Vers le milieu de l'intervalle menstruel, la muqueuse du corps utérin ne consiste guère qu'en une couche de cellules épithéliales cylindriques (fig. 52, *d*). Ces cellules pénètrent de distance en distance dans le tissu sous-jacent, pour former une série de glandes en tube *e*. La profondeur à laquelle

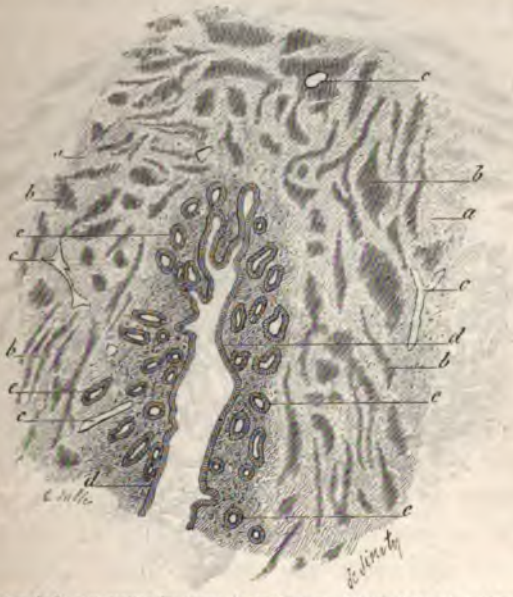


Fig. 52. — Coupe de la muqueuse du corps de l'utérus en dehors de la période menstruelle (gross. de 40 diam.).

a. a. Tissu conjonctif. — *c. c.* Coupes des vaisseaux. — *d. d.* Revêtement épithélial. — *b. b.* Faisceaux de fibres musculaires lisses coupés en différents sens. — *e. e.* Coupes des glandes

parviennent ces glandes varie, suivant une série de circonstances, sur lesquelles nous reviendrons à propos des transformations de la muqueuse à la période menstruelle.

Les glandes du corps de l'utérus sont tapissées par un épithélium cylindrique. Nous n'y avons jamais observé de cils vibratiles chez la femme, même dans les cas où ceux-ci étaient parfaitement conservés sur les éléments du col et des trompes. Cependant l'existence de ces cils est admise par la

plupart des auteurs. Ces glandes, rarement bifurquées, se terminent par un seul cul-de-sac.

C'est au niveau de l'orifice interne, que la muqueuse se transforme pour revêtir le col. Cette partie du revêtement utérin ne subit aucun changement important sous l'in-

Fig. 53. — Coupe de la muqueuse du corps de l'utérus au début de la période menstruelle (gross. de 40 diam.).

a. a. Tissu conjonctif infiltré d'éléments embryonnaires. — *b. b.* Faisceaux de fibres musculaires lisses coupés en différents sens. — *c. c.* Coupe des vaisseaux. — *d.* Revêtement épithélial. — *e. e.* Coupe des glandes.

fluence de la menstruation ou de la grossesse. L'hypérémie génitale, produite par ces deux états physiologiques, amène seulement une sécrétion plus abondante des glandes.

La muqueuse du col présente une disposition absolument différente de celle du corps.

Déjà, à l'œil nu, on voit ces nombreux replis désignés sous le nom d'*arbre de vie*.

Leur bord libre est tapissé par un épithélium vibratile (fig. 54). A mesure que celui-ci arrive à la face interne

Fig. 54. — Épithélium à cils vibratiles (gross. de 350 diam.).

a. Noyau. — *b*. Nucléole. — *c*. Corps de la cellule. — *r*. Cils vibratiles.

de ces anfractuosités, il passe de l'état d'épithélium vibratile à celui d'épithélium caliciforme (fig. 55) : se dévelop-

Fig. 55. — Épithélium à cellules caliciformes (gross. de 350 diam.).

a. Noyau. — *b*. Nucléole. — *c*. Corps de la cellule formant une cavité.

pant de plus en plus, à mesure qu'il pénètre plus profondément dans les nombreuses glandes situées au fond des replis muqueux. Les glandes du col diffèrent essentiellement de celles du corps, non seulement par la forme de leur épithélium, mais encore par leur structure elle-même.

Tandis que celles du corps sont des glandes en tube, rarement bifurquées (fig. 52) ; celles du col sont de véritables glandes en grappe, se divisant en un grand nombre de culs-de-sac (fig. 56).

Nous avons démontré que cette disposition et ce revêtement caliciforme était un fait constant, chez la femme, à n'importe quelle période de la vie[1].

A cette différence de structure est liée une différence de fonction.

[1] Communication à la Société de Biologie, 1875.

Tandis que les glandes du corps utérin produisent un liquide peu consistant, filant, presque séreux; celles du col sécrètent un mucus épais, gélatiniforme, résistant à la

Fig. 56. — Coupe de la muqueuse du col de l'utérus (gross. de 40 diam.).

a. a. Tissu conjonctif. — *b. b.* Coupes des faisceaux des fibres musculaires lisses. — *c. c.* Coupes des vaisseaux. — *d. d.* Revêtement épithélial à cils vibratiles. — *e. e.* Coupes des glandes à cellules caliciformes.

pression, formant des masses semi-solides, comme on peut le constater sur le bouchon muqueux qui oblitère le col pendant la grossesse.

Cette substance muqueuse épaisse est toujours le produit des cellules caliciformes. Et quel que soit le point de l'organisme où on la rencontre, on doit supposer l'existence de cette espèce d'épithélium.

Combien de fois nous est-il arrivé, à la simple constatation de la présence de ce mucus épais dans une tumeur, de rechercher l'épithélium caliciforme, et toujours l'exa-

men histologique est venu confirmer notre supposition. Nous avons été amené par les caractères de ce produit spécial, à trouver des glandes à cellules caliciformes, dans des régions où nous ne les soupçonnions pas.

Du reste, sur ce point comme sur tant d'autres, les cliniciens avaient devancé les histologistes. Il y a longtemps déjà qu'on avait noté la différence qui existe entre le mucus du corps et du col utérin, et Aran en donne très nettement les caractères distinctifs.

Le rapport inverse que présentent entre eux le corps et le col de l'utérus selon l'âge de l'individu, au point de vue de l'anatomie descriptive, se retrouve également dans leur structure intime, comme nous le montre l'examen histologique.

Ainsi chez un enfant de six à sept ans, à peine si on observe de loin en loin, dans la muqueuse du corps utérin, quelques invaginations de l'épithélium, pénétrant peu profondément dans le stroma et constituant de rares glandes rudimentaires. Tandis que celles du col sont complètement développées et atteignent à peu près les dimensions qu'elles présentent chez l'adulte.

Ces dernières ont acquis déjà un volume considérable au moment de la naissance, comme nous l'avons souvent constaté, et comme le prouve le bouchon muqueux qui remplit la cavité utérine chez le fœtus mort-né.

La disposition de la muqueuse du col utérin change à l'orifice externe. Celle du museau de tanche, c'est-à-dire tout le revêtement externe de la partie vaginale du col, est une muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié, analogue à l'épithélium cutané (fig. 37).

On trouve là, ainsi que dans le derme, de nombreuses papilles recouvertes de plusieurs couches épithéliales devenant d'autant plus aplaties qu'elles sont plus superficielles. Ces cellules, comme celles de la peau, présentent des dente-

lures qui s'unissent entre elles, à la façon des roues d'un engrainage.

A l'état normal, nous n'avons pas rencontré de glandes dans la muqueuse qui revêt extérieurement le museau de tanche, sauf quelquefois dans le voisinage de l'orifice

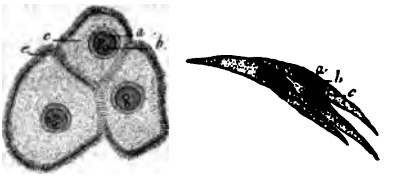


Fig. 57. — 1. Épithélium pavimenteux (éléments vus de face). — 2. Épithélium pavimenteux (éléments vus de profil). (Gross. de 350 diam.).

a. Noyau. — *b*. Nucléole. — *c*. Corps de la cellule. — *e*. Dentelures s'engrainant les unes dans les autres.

externe. Il arrive que la muqueuse interne du col devient externe dans certains points. Alors des glandes se rencontrent en abondance, plus ou moins loin de l'orifice.

Mais ces cas, désignés sous le nom d'ectropion de la muqueuse, doivent être considérés comme pathologiques. On les observe assez fréquemment à la suite de la métrite chronique.

Nous rappellerons que la disposition des glandes du col, comme celles du corps de l'utérus, varie considérablement d'un sujet à l'autre[1].

PHYSIOLOGIE DE L'UTÉRUS

Le rôle physiologique de l'utérus est complexe et de première importance pour la fonction de reproduction.

[1] Cette remarque a été dernièrement mise en lumière par Wyder, mais il ne nous a jamais été donné de voir, à n'importe quel âge, une absence complète de glandes dans la cavité cervicale, comme dans quelques cas signalés par cet histologiste, *Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der menschlichen Uterusschleimhaut* (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 7).

Cet organe est-il absolument passif dans la fécondation et ne sert-il qu'à donner passage aux spermatozoïdes, ou bien possède-t-il la propriété d'attirer dans sa cavité le liquide fécondant par une sorte de succion due à des contractions et à des relâchements successifs? Ce sont là des questions qui ne sont pas encore élucidées. Cette faculté de l'utérus, d'attirer le sperme par une espèce d'aspiration, a été admise depuis longtemps par les anatomistes (Bartholin). Les mouvements du col, que l'on a pu observer sur un utérus en état de prolapsus, plaideraient en faveur de cette opinion.

La cause qui fait arriver les spermatozoïdes jusqu'à l'ovule n'est probablement pas unique, et nous l'étudierons en détail au chapitre de la stérilité.

La propriété dominante de l'utérus nous est indiquée par sa structure même, composée en grande partie de fibres musculaires; c'est la *contractilité*.

La contractilité utérine varie selon une série de circonstances, principalement selon que l'organe est à l'état de vacuité ou de gestation. Il est bien probable qu'elle diffère aussi selon les espèces animales, si bien qu'on ne pourrait pas conclure absolument, d'une expérience faite sur un utérus bicorne (chien, chat, lapin), à ce que la même expérience donnerait sur un utérus unique, tel que celui de la femme et de certains singes. Ce sont surtout les animaux à utérus double, dans une plus ou moins grande étendue, qui ont servi d'objets d'étude aux expérimentateurs.

Cet organe est beaucoup plus contractile pendant la grossesse qu'à l'état de vacuité. Cette propriété augmente à mesure que la période de gestation approche de son terme.

Quelques auteurs ont même mis en doute la contractilité de l'utérus à l'état de vacuité (Oldham). Les expériences ne concordent pas à ce sujet, ce qui tient probablement aux conditions différentes où l'on s'est placé. Nous rappellerons,

à ce propos, une expérience[1] que nous avons répétée souvent avec un résultat constant. Si l'on fait agir un courant interrompu sur l'utérus non gravide d'une chienne ou d'une lapine, on n'obtient aucune contraction appréciable, tandis que le même courant fait contracter violemment l'utérus d'un animal de même espèce contenant un fœtus ou l'ayant expulsé depuis peu.

Beigel a observé des contractions chez quatre femmes saines, non enceintes, en faisant passer un courant continu dont l'un des pôles était appliqué sur le col. On a également pu constater, sur des utérus en état de prolapsus et saillants à la vulve, que des frottements sur le col amenaient une série de mouvements successifs de dilatation et de resserrement de l'orifice externe (Beck).

Les phénomènes ainsi produits sous l'influence d'une excitation mécanique sont faciles à constater journellement, soit en pratiquant le cathétérisme utérin, soit en examinant la façon dont le mucus est expulsé en abondance par l'orifice cervical, chez certaines femmes, sous la seule influence du spéculum introduit dans le vagin.

Les contractions utérines sont involontaires, comme la plupart de celles qui dépendent des muscles lisses[2]. Les douleurs qui les accompagnent existent surtout pendant l'accouchement. On les observe également à l'état de vacuité, ainsi que le démontrent certains cas de dysménorrhée.

Le col de l'utérus est ordinairement insensible. On peut le couper, le brûler, sans que la femme en ait conscience. L'organe, considéré dans son ensemble, jouit cependant d'une certaine sensibilité. Si, en pratiquant le toucher, on presse

[1] Chantreuil, *Application de l'histologie à l'obstétrique*, thèse d'agrégation, Paris, 1872, p. 80.

[2] Dans certaines spèces animales les muscles volontaires sont lisses. On rencontre également des muscles striés indépendants de l'action de la volonté.

sur le corps de l'utérus, cette pression amène une sensation pénible qui ne tarde pas à disparaître, et qu'il ne faudrait pas confondre avec la douleur accusée par les malades atteintes de métrite, même si l'on ne touche que le col. (Nous avons déjà signalé ces faits à propos du toucher vaginal.) Dans certaines circonstances, en effet, cette région, si indolente à l'état normal, acquiert un degré de sensibilité notable. On a émis, pour expliquer ces variations, différentes hypothèses dont aucune n'est encore actuellement démontrée.

Dans la névralgie lombo-abdominale, on rencontre assez fréquemment, surtout à gauche, un point douloureux situé à l'union du col et du corps.

Outre les excitations mécaniques et les courants électriques, d'autres agents ont également une action sur les contractions utérines.

La privation de sang dans les centres nerveux, l'anémie cérébrale causée par une hémorrhagie, la compression de l'aorte amènent des phénomènes contractiles.

Un excès d'acide carbonique dans le sang a le même résultat[1]. Les excitations de la région mammaire semblent également agir sur ces contractions.

On a voulu tirer de cette propriété des applications thérapeutiques. De larges sinapismes sur les seins ont paru avoir une certaine influence sur le retour des règles. On a été jusqu'à admettre la possibilité de produire par ce moyen l'accouchement prématuré. Les excitations appliquées sur d'autres points de la peau ont aussi une action sur les mouvements de l'utérus.

[1] Brown-Séquard a montré qu'en liant la trachée d'un lapin, on amène des contractions de l'utérus. Dès que la ligature est enlevée, les contractions cessent, pour reparaître si on empêche de nouveau la pénétration de l'air dans les voies aériennes.

La chaleur est un agent de la contraction utérine. Ce fait, constaté expérimentalement par Calliburcès[1], Claude Bernard[2], Runge[3], a donné lieu à quelques conclusions pratiques. (Bains chauds contre métrorrhagies, sac de Chapman.)

L'action de la température sur les muscles peut s'exercer en dehors du système nerveux, comme le montre l'expérience de Claude Bernard, consistant à refroidir une grenouille jusqu'à ce que le cœur mis à nu ne batte presque plus. Si on plonge dans l'eau chaude la patte de la grenouille, préalablement dépouillée de tous ses nerfs, le cœur se remet à battre beaucoup plus vite. Ici, c'est par l'intermédiaire du sang que la chaleur est transmise et agit sur le centre circulatoire.

L'influence thermique varie, comme celle de l'électricité, suivant les conditions physiologiques de l'organe sur lequel on agit[4].

L'énergie de la contraction utérine est proportionnelle à l'élévation de température. Au-dessus de 60 degrés, le tissu musculaire utérin est frappé de mort. Le séjour dans l'eau à 45 degrés le paralyse au bout de sept à dix minutes[5].

L'abaissement de la température produit également la contraction de l'utérus; mais celle-ci est très prompte et unique, contrairement à ce que l'on observe sous l'influence des températures élevées. Les applications thermiques paraissent agir plutôt localement que par action réflexe. L'influence de la chaleur, surtout quand l'organe est gravide, entre

[1] Calliburcès, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1857.

[2] Claude Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, 1876, p. 568.

[3] Runge, *Die Wirkung hoher und niedriger Temperaturen auf den Uterus des Kaninchen und des Menschen* (*Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 125).

[4] Calliburcès a observé que le gésier du poulet, excitable par la chaleur au moment de l'éclosion, ne l'est plus quelques jours après (Claude Bernard, *loc. cit.*, p. 369).

[5] Runge, *loc. cit.*, p. 131.

peut-être pour une certaine part dans l'étiologie des avortements, si souvent observés dans les maladies éruptives. L'action du système nerveux sur l'utérus, quoiqu'étudiée par beaucoup d'auteurs, n'est pas encore parfaitement connue.

Nous avons vu que l'anémie cérébrale amène des contractions utérines[1]. La section du nerf vague et du sympathique au cou ne modifie en rien le phénomène.

Une section de la moelle entre l'occiput et l'atlas diminue cette action, et, pratiquée au-dessus de ce point, la détruit complètement.

Ces faits tendent à démontrer l'existence, dans la partie supérieure de la moelle allongée, d'un centre qui préside à l'activité utérine. D'autres expériences pourraient en faire admettre un second vers la région lombaire.

Mais ces divers centres n'entrent pas nécessairement en action dans les mouvements de l'utérus, puisqu'on voit des parties séparées de l'animal se contracter pendant une demi-heure et une heure, à la condition d'être maintenues à une température de 35 à 40 degrés.

Les recherches les plus récentes sur les nerfs de l'utérus semblent indiquer une différence d'action entre les nerfs hypogastriques et le plexus sacré, relativement aux divers segments de l'organe. L'excitation des premiers amène une contraction du col, l'influence contractile des seconds se montrant plus particulièrement sur le corps[2].

Nous laissons de côté, pour le moment, tout ce qui a trait au rôle de l'utérus dans la menstruation. En étudiant cette fonction, nous nous occuperons en détail de ce côté si intéressant de la physiologie de la femme.

[1] Schlesinger und Oser, *Centralblatt für die medic. Wissensch.*, 1871.

[2] Basch und Hoffmann, *Stricker's medic. Jahrb.*, 1877. Anal. dans la *Revue des sciences médicales*, t. XII, p. 54.

DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS

L'utérus se développe aux dépens de deux canaux isolés (tubes ou canaux de Müller). Ceux-ci se fusionnent partiellement vers la huitième semaine de la vie embryonnaire pour constituer l'utérus et le vagin [1], tandis que les parties qui doivent former les trompes restent séparées. Chez beaucoup d'animaux, les canaux de Müller ne se soudent pas ou ne se réunissent qu'à leur extrémité inférieure, d'où résultent les utérus bicornes. Chez la femme, la limite entre les deux parties (utérus et trompe) est indiquée par l'insertion du ligament rond.

Cette disposition est utile à connaître à propos de certains cas de tumeurs ou de grossesses tubaires, dans des utérus simples ou doubles, pour différencier ce qui appartient à la trompe et ce qui appartient à l'utérus.

L'union des deux canaux de Müller commence à la partie inférieure, d'où il résulte que les deux portions du vagin se fusionnent avant celles qui forment l'utérus. Aussi les utérus doubles ou cloisonnés sont-ils bien plus fréquents que les vagins doubles. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des dimensions de l'utérus et des rapports de ses différentes régions relativement à l'âge [2].

VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS [3]

Selon que l'un ou l'autre des canaux de Müller manque

[1] Voyez page 141.

[2] Voyez page 250.

[3] Voyez, pour les vices de conformation de l'utérus, Kussmaul, *Von dem Mangel der Gebärmutter*, u. s. w., Würzburg, 1859 et Lefort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, thèse d'agrégation, Paris 1863. Voyez également les nombreuses observations consignées dans les bulletins de la *Société anatomique de Paris*.

ou s'atrophie de bonne heure, ou que leur fusion est complètement ou partiellement entravée, on voit se développer les différents genres de malformations congénitales de l'utérus.

Nous étudierons d'abord les anomalies qui datent de la vie embryonnaire; ensuite les arrêts de développement qui peuvent frapper cet organe après la naissance.

A. ANOMALIES PRODUITES PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

Les anomalies qui apparaissent pendant la période fœtale varient selon l'époque où le développement embryonnaire a été entravé. Nous les diviserons en : 1° anomalies datant des quatre ou cinq premiers mois de la vie fœtale, et 2° anomalies développées entre le quatrième ou cinquième mois et la naissance.

1° Anomalies développées pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie fœtale.

Ces sortes d'anomalies sont en même temps les plus nombreuses et les plus intéressantes.

(a). *Absence de l'utérus ou utérus rudimentaires.*

Les cas où il n'existe aucun vestige de l'utérus sont extrêmement rares. Quelques auteurs même les ont niés. On voit, en effet, que dans certaines observations considérées d'abord comme une absence complète de l'utérus, des recherches plus attentives ont fait trouver des tractus fibro-musculaires ou un utérus microscopique[1].

Anatomie pathologique. — Tantôt l'utérus n'est représenté que par une lame fibro-musculaire n'ayant aucune

[1] Cas de Langenbeck et Fœrster, cité par Lefort, *loc. cit.*, p. 32.

forme déterminée, ou, au contraire, rappelant la configuration d'un utérus en miniature, mais ne possédant pas de cavité.

Dans d'autres cas, les deux trompes sont réunies par une espèce d'arc, sans qu'on puisse rien rencontrer qui rappelle le col. On voit aussi des utérus rudimentaires formés de parois membraneuses et présentant une petite cavité muqueuse simple ou double, avec deux cornes et un col (utérus bicorne rudimentaire).

L'absence ou l'état rudimentaire de l'utérus peut s'accompagner d'une anomalie du même genre du côté des trompes. Beaucoup plus souvent celles-ci sont normalement conformées. L'absence ou l'existence des ovaires est également variable.

Le vagin peut ne pas participer à l'arrêt de développement, ou être plus court et se terminer en cul-de-sac, les organes génitaux externes ne présentant, du reste, aucun caractère différent de l'état normal.

Symptômes. — Au point de vue pratique, les variétés anatomiques que nous venons de passer en revue ont une même signification.

L'aspect général, la configuration extérieure, le développement des seins, peuvent ne déceler en rien le vice de conformation de l'utérus, la voix, le caractère conservant également le type féminin. Dans d'autres circonstances, le bassin est étroit, les seins sont peu volumineux, et ces êtres anormaux présentent un aspect qui frappe à première vue. Dans un cas que nous avons étudié, où l'état rudimentaire de l'utérus coïncidait avec un vagin rudimentaire, la femme qui faisait le sujet de cette observation, âgée de vingt-six ans, très vigoureuse et fortement constituée, avait des seins comparables à ceux d'un enfant de douze à treize ans. Ceux-ci offraient, en outre, la particularité d'être privés d'aréole et d'avoir un mamelon à peine appréciable.

Cette malade, depuis l'âge de quinze ou seize ans, éprouvait chaque mois, à une période fixe et sans aucune hémorrhagie, des douleurs lombaires et abdominales, qu'elle accusait comme très vives et qui duraient cinq ou six jours. C'est pour remédier à ces phénomènes douloureux qu'elle était venue réclamer nos soins.

En effet, pour cette catégorie de femmes incomplètement développées, l'écoulement menstruel fait toujours défaut.

Il n'en est pas de même du molimen menstruel[1], qui peut très bien exister, malgré l'absence de tout flux périodique.

On a dit que quand le molimen menstruel subsiste, c'est que les ovaires fonctionnent. Cette dernière hypothèse ne nous paraît pas démontrée.

Quand l'utérus rudimentaire coexiste avec un vagin en cul-de-sac, les rapports sexuels ont lieu dans ce cul-de-sac, qui finit, sous cette influence, par acquérir la longueur du vagin normal. D'autres fois, c'est l'urèthre qui remplit le rôle d'organe copulateur, et cela, presque toujours, sans qu'il en résulte de l'incontinence d'urine.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'utérus rudimentaire est d'une très grande importance, surtout si celui-ci coexiste avec un cloisonnement du vagin. L'absence d'un utérus pouvant fonctionner doit faire rejeter toute idée d'intervention.

Il faut avoir soin d'examiner les malades à plusieurs reprises, principalement à l'époque du mois où elles éprouvent des troubles généraux. On pourra plutôt alors constater l'existence d'une tumeur, dans le cas où l'hémor-

[1] On désigne sous le nom de molimen menstruel l'ensemble des symptômes qui accompagnent les règles. Nous avons employé cette expression consacrée par l'usage, quelque médiocre qu'elle nous paraisse.

rhagie menstruelle se produirait sans pouvoir se faire jour au dehors.

Tandis que si l'utérus est rudimentaire, les phénomènes généraux ne s'accompagnent d'aucune exhalation sanguine.

La palpation abdominale combinée au toucher rectal, l'introduction d'une sonde dans la vessie et d'un doigt dans le rectum donnent quelques renseignements, dont on a cependant beaucoup exagéré l'importance. Si l'urèthre est dilaté par les rapprochements sexuels, au moyen des deux index, l'un dans le rectum l'autre dans la vessie, l'examen sera rendu plus facile[1]. Mais, dans bien des cas, le diagnostic clinique est des plus embarrassants.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave, au point de vue de la vie de la femme. Il est absolument fatal, relativement à la fonction de reproduction. Ce qui présente d'autant plus d'importance, que beaucoup de femmes se marient, malgré ce vice de conformation dont on ne s'aperçoit que plus tard.

Étiologie. — Des cas d'utérus rudimentaires se sont rencontrés simultanément dans une même famille. Il nous suffira de rappeler les observations de Squarey, de Nelson, où plusieurs sœurs présentaient cette anomalie. Dans une de ces observations, on a noté que les sœurs de la mère des sujets examinés n'avaient jamais été menstruées, et trois d'entre elles étaient mariées et stériles[2].

Traitement. — Tout traitement dans les cas de ce genre est nécessairement condamné d'avance à l'insuccès. Si les douleurs, se répétant à une période fixe, prennent une certaine intensité, on cherchera à les calmer par l'adminis-

[1] On a insisté sur l'utilité du toucher vésical comme moyen de diagnostic. Voyez, à ce sujet, Leblond, *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*, Paris, 1878, p. 58.

[2] Voyez Beigel, *loc, cit.*, t. II, p. 180, et Lefort, *loc. cit.*, p. 38.

tration des narcotiques. Ces manifestations périodiques disparaissent quelquefois spontanément, au bout de peu d'années, bien avant l'âge moyen où se produit la ménopause chez les femmes bien constituées.

(b). *Utérus doubles.*

Les utérus doubles présentent plusieurs variétés que nous allons brièvement décrire.

Anatomie pathologique. — 1° *Utérus duplex.* — L'utérus duplex est celui où il y a un col unique et deux cornes à

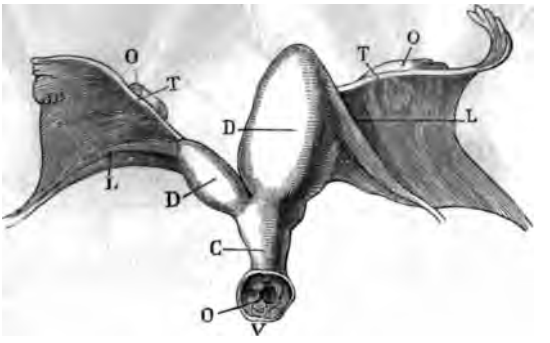


Fig. 58. — Utérus duplex chez une femme ayant succombé six semaines après l'accouchement (d'après Cruveilhier).

O. O. Ovaires. — T. T. Trompes. — D. D. Cornes utérines dont l'une beaucoup plus développée avait contenu le fœtus. — C. Col unique. — O. Orifice externe. — V. Vagin unique. — L. L. Ligaments ronds.

partir du col (fig. 58). Certaines considérations physiologiques sur lesquelles nous allons revenir, nous ont engagé à différencier l'utérus duplex, de la variété suivante.

2° *Utérus bicornis.* — Dans cette forme, la réunion et la fusion des canaux de Müller s'est prolongée au-dessus du col. Mais elle ne s'est pas complétée à la partie supérieure, si bien que le fond de l'utérus est divisé ou échancré. La division peut ne consister qu'en une petite dépression à la portion moyenne du fond, ou s'accentuer davantage, et nous

avons affaire à ce que l'on a appelé l'*utérus cordiformis*.

Le col simple extérieurement présente, dans certains cas, deux orifices.

3° *Utérus septus*[1]. — Dans cette variété, l'organe utérin possède à l'extérieur sa configuration normale ; mais sa cavité est divisée en deux par une cloison médiane (fig. 59).

Fig. 59. — Utérus septus, peu de jours après l'accouchement (d'après Cruveilhier).
Vu à l'extérieur par sa face postérieure. Le même ouvert par sa face antérieure.

O. O. Ovaires. — T. T. Trompes. — L. Débris du ligament large. — O. O'. Orifice double du col utérin. U. Cavité gauche. — U'. Cavité droite. — C. Cloison. — V. Vagin unique.

Tandis que dans quelques cas la cloison divise la cavité utérine dans toute sa hauteur, dans d'autres la membrane est incomplète, s'arrêtant à l'orifice interne ou à une petite distance de l'isthme ; on a alors l'*utérus subseptus* (fig. 60)[2].

Il est très rare de rencontrer un col double et la cavité du corps unique.

Avec l'utérus septus, comme avec l'utérus bicornis, le vagin est tantôt simple et tantôt double.

4° *Utérus didelphis*[3]. — Les canaux de Müller peuvent

[1] *Ut. bilocularis, ut. bipartitus*, de Lefort.
[2] *Ut. subseptus* ou *semipartitus*, de Lefort.
[3] *Ut. duplex, diductus* ou *didelphis*, de Lefort.

s'être plus ou moins rapprochés, sans que la cloison qui

Fig. 60. — Utérus subseptus (d'après Cruveilhier)

a. Fond de l'utérus présentant extérieurement son aspect normal. — b.b'. Cavité utérine divisé en deux par une cloison médiane. — O. O'. Ovaires. — t. t'. Trompes. — r'. r. Ligaments ronds.

les sépare se soit résorbée. Il existe, dans ces cas, deux

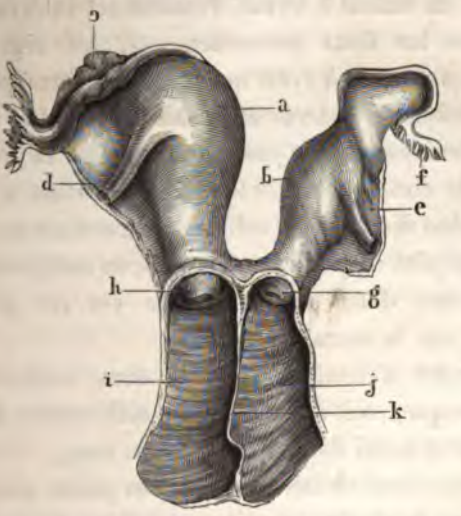


Fig. 61. — Utérus et vagin doubles (utérus didelphis), d'après Ollivier.
Femme de quarante-deux ans, ayant eu cinq grossesses. (*Société de Biologie*, 1872)

a. Cavité droite. — b. Cavité gauche. — O. Ovaire droit. — d. Ligament rond droit. — f. Trompe gauche. — e. Ligament rond gauche. — g. Col gauche. — j. Vagin gauche. — h. Col du côté droit. — i. Vagin droit. — K. Cloison séparant les deux vagins.

utérus et le plus souvent deux vagins accolés l'un à l'autre (fig. 61). Chaque corne possède une trompe, un ovaire et

un ligament rond. On a donné à cette forme d'arrêt de développement le nom d' *utérus didelphis*.

On la voit assez souvent coïncider avec l'atrésie d'un point quelconque des voies génitales.

Symptômes. — La plupart des symptômes sont les mêmes dans les diverses variétés anatomiques d'utérus doubles. Il peut y avoir cependant quelques différences physiologiques, selon le point où se fait la division. Ainsi, quand celle-ci a lieu au niveau de l'union du col et du corps (*utérus duplex*), les deux cornes semblent avoir des contractions et, par conséquent, une inervation indépendante. Une femme présentant cette conformation anatomique accoucha au mois de juillet de deux jumeaux de six mois, et en octobre d'un enfant à terme. Pendant cet intervalle de trois mois entre les deux accouchements, les règles s'étaient remontrées comme à l'état normal[1]. Par conséquent, tandis qu'une moitié de l'utérus expulsait deux fœtus à six mois, l'autre corne conservait jusqu'au terme de la grossesse son produit de conception. Lorsque la séparation n'a lieu qu'à une certaine distance du col, les contractions des cornes ne paraissent plus se produire d'une façon indépendante.

L'existence d'un utérus double est en général sans influence sur la menstruation.

Les règles s'écoulent par les deux orifices, soit à la même époque, soit à une époque différente[2]. Un seul des orifices peut aussi donner passage au sang.

S'il existe une oblitération sur un point quelconque de l'utérus ou du vagin, on voit se produire des accidents que nous étudierons au chapitre de la rétention des règles.

Les femmes porteurs d'utérus double sont parfaitement

[1] Ross, cité par Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 185.
[2] Lefort, *loc. cit.*, p. 86.

aptes à concevoir. On a cité des observations de 14 et 17 grossesses, malgré cette anomalie. Le plus souvent la grossesse atteint son terme ; d'autres femmes avortent un nombre de fois considérable, sans pouvoir arriver au neuvième mois[1].

Les transformations de la cavité utérine, sous l'influence de la gestation, s'observent aussi bien dans la moitié vide que dans celle qui contient le fœtus, ainsi que nous avons pu le constater nous-même[2].

L'accouchement a souvent lieu d'une façon tout à fait normale. On a vu également se produire des ruptures de l'utérus.

Quand l'insertion du placenta se fait sur la cloison, les hémorrhagies *post partum* sont plus à redouter. On a supposé que, dans ce cas, l'hémorrhagie serait due à ce que la membrane qui sépare les deux utérus, étant peu riche en faisceaux musculaires, la contraction n'agirait pas sur cette partie de l'organe pour amener le rétrécissement des vaisseaux sanguins[3].

Les faits que nous avons cités plus haut prouvent, qu'au moins dans les cas d'*utérus duplex*, un embryon peut être expulsé d'une corne, l'autre conservant encore pendant plusieurs mois un second fœtus.

La duplicité de l'utérus paraît être une condition favorable à la possibilité de la superfétation[4].

Diagnostic. — C'est le plus souvent au moment de l'accouchement qu'on constate l'existence de l'utérus double.

D'autres fois des troubles de la menstruation, des diffi-

[1] Observation de Bayard, *Quatorze grossesses toutes suivies d'avortement.* — Lefort, *loc. cit.*, p. 88.

[2] *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1875, p. 681.

[3] Bailly, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1867, p. 444.

[4] Lefort, *loc. cit.*, p. 103.

cultés dans les rapprochements sexuels, amènent les malades à demander l'avis du médecin. S'il existe deux cols de l'utérus ou deux orifices sur un même col, le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Au moyen de sondes introduites par les deux pertuis, on jugera de l'étendue de la cloison. La dilatation de la cavité cervicale permettra de mieux apprécier encore tous les détails anatomiques.

(c). *Utérus unicornes.*

L'utérus unicorne résulte de l'atrophie ou de l'arrêt de développement d'un des canaux de Müller (fig. 62).

Anatomie pathologique. — La corne rudimentaire peut

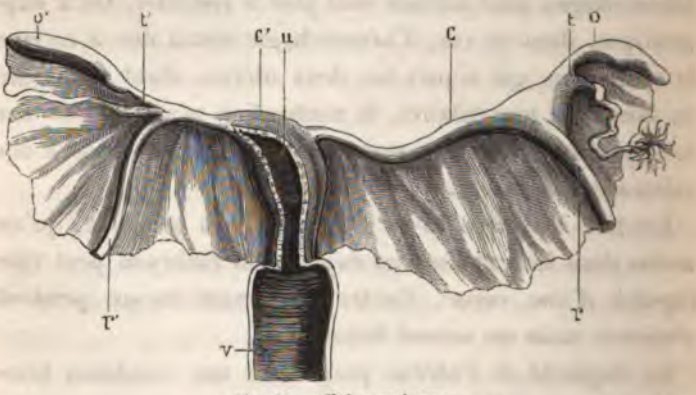


Fig. 62. — Utérus unicorne.

u. Cavité utérine ouverte. — C'. Corne droite ayant atteint son développement. — o'. Ovaire droit. — t' Trompe droite. — r'. Ligament rond droit. — V. Vagin. — C. Corne gauche rudimentaire. — o. Ovaire gauche. — t. Trompe gauche. — r. Ligament rond gauche.

présenter une structure et une disposition différentes selon les cas.

Si le canal de Müller s'est atrophié dans toute son étendue, la trompe et l'utérus de ce côté ne sont représentés que par un cordon fibro-musculaire. Ou bien l'arrêt de développement n'a porté que sur un point, alors il existe

un canal jusqu'à l'insertion de ligament rond. Le cordon fibreux uniformément développé, ou présentant une largeur plus grande en une région quelconque de son parcours, est plein dans toute son étendue et se continue avec la partie latérale du corps et du col de l'utérus, ou il est creusé d'une cavité occupant sa longueur totale, sans que son diamètre ait augmenté.

L'utérus unicorne peut atteindre le volume d'un utérus normal, sa forme seule étant modifiée.

Tantôt il présente un aspect globuleux, ou plutôt conique. Ici le sommet du cône se trouve situé en haut; contrairement à ce que l'on observe pour l'utérus normal, qui possède également une forme conoïde, mais à sommet dirigé en bas. Tantôt l'utérus unicorne se déplace latéralement, de façon à avoir un bord convexe et l'autre concave.

L'ovaire, du côté atrophié, manque, ou se trouve dans des conditions normales de développement.

On a signalé des anomalies du rein accompagnant l'utérus unicorne. Les uns ont vu le rein du côté malade descendre dans l'excavation (Bérard). Dans d'autres observations, le rein manquait complètement (Puech). Le ligament rond est beaucoup plus long et situé plus haut du côté rudimentaire que du côté sain.

L'utérus unicorne peut subir dans son ensemble un développement incomplet. C'est alors qu'on a observé, en l'absence du fond, un col plus long et plus large que le corps. Ou bien la portion vaginale est petite et le vagin étroit.

L'ovaire, du côté le plus atrophié, est étiré et allongé. Cette disposition s'observe rarement sur la moitié la plus développée. On a rencontré, dans quelques cas, la trompe du côté rudimentaire située en dehors de l'ovaire. Elle

se terminait alors en cul-de-sac libre, sans se relier à l'utérus.

Symptômes. — Dans les cas d'utérus unicorne, complètement développé, la menstruation est normale. La grossesse évolue, souvent sans encombre, et l'on a vu succomber des malades à une dixième couche (Chaussier), ou à une douzième (Granville).

Si le produit de conception est logé dans la corne principale, l'accouchement a lieu le plus généralement dans les conditions ordinaires.

Si c'est la corne rudimentaire qui contient le fœtus, on doit redouter une rupture du troisième au sixième mois. Ces cas, qui ont beaucoup de rapports avec les grossesses tubaires, entraînent ordinairement la mort.

Quoique situé dans la moitié la plus complète, l'embryon, en se développant, peut également amener la rupture des parois utérines amincies[1].

Certaines observations de grossesses doubles, dans un utérus unicorne, ont démontré des faits physiologiques intéressants. C'est ainsi qu'on s'est assuré qu'un même ovaire produit des ovules dont le développement ultérieur donnera indifféremment des individus des deux sexes, contrairement à l'opinion ancienne de quelques physiologistes, qui admettaient que l'ovaire droit produisait des ovules mâles, et le gauche des ovules femelles.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'utérus unicorne présente souvent de grandes difficultés, et c'est la plupart du temps à l'autopsie que l'anomalie est constatée. On pourra arriver à une probabilité si, au moyen du toucher et du palper combiné, on trouve l'utérus dévié latéralement et présentant son point le plus étroit à la partie supérieure.

[1] Moldenhauer, *Arch. f. Gyn.*, t. VII, p. 175.

La distinction d'avec la grossesse tubaire est presque impossible pendant la vie.

Dans la grossesse tubaire, cependant, la rupture a lieu à une époque plus rapprochée du début que dans les cas d'utérus unicorne. Quelquefois, même sur la table d'autopsie, on a de la peine à faire le diagnostic différentiel.

L'insertion du ligament rond doit servir de point de repaire. Dans l'utérus double, il se trouve en dehors du sac fœtal. Dans la grossesse tubaire, il est situé entre l'œuf et l'utérus.

2° Anomalies développées entre le quatrième ou le cinquième mois et la naissance.

(a). *Utérus fœtal.*

On appelle utérus fœtal, celui qui, chez la femme adulte, a conservé les caractères qu'il présente chez l'enfant nouveau-né. Au lieu de revêtir sa forme conoïde, il est resté cylindrique. Le col en constitue la presque totalité, la cavité du corps étant encore rudimentaire. Les parois du corps sont plus minces que celles du col, et la longueur totale de l'organe oscille dans les environs de quatre centimètres. Le museau de tanche fait à peine saillie dans le vagin, l'orifice externe a des dimensions très minimes. Les ovaires peuvent être rudimentaires, ou normaux et fonctionner activement[1].

Le vagin est court et étroit, ou a atteint des proportions normales.

Dans un cas dont nous avons fait l'examen histologique, les glandes du col étaient moins développées que chez l'adulte, quoique la femme eût trente-huit ans. La muqueuse du corps était représentée par une seule rangée de

[1] Siredey et Sinéty, *Ann. de Gynéc.*, 1877, t. II, p. 25.

cellules avec quelques enfoncements, disposition que nous avons déjà décrite[1]. Nulle part on ne rencontrait, dans le corps utérin, la série de glandes en tubes qu'on observe à cet âge.

Symptômes. — Les femmes chez lesquelles on rencontre un utérus infantile présentent souvent des apparences normales. D'autres ont le bassin, les mamelles, peu développés.

Ce qui attire surtout l'attention des malades et du médecin, c'est l'absence d'écoulement de sang.

Le molimen menstruel peut subsister, avec son cortège périodique de douleurs lombaires, de migraine, même de leucorrhée.

Diagnostic. — Outre les signes fonctionnels, le palper, le toucher et surtout le cathétérisme, viendront nous renseigner sur les faibles dimensions de l'organe utérin.

Dans une observation, à laquelle nous avons déjà fait allusion[2], l'utérus fœtal se compliquait de périmétrite et de métrite, si bien que l'épaisseur des parois auraient pu induire en erreur et faire croire à un organe normal, si le cathétérisme ne nous avait pas montré que la cavité utérine n'avait que quatre centimètres de profondeur.

Pronostic. — La stérilité est la conséquence nécessaire de cet arrêt de développement.

Traitement. — Tous les moyens curatifs seront forcément employés en vain. Il importe, cependant, de faire un diagnostic, ne serait-ce que pour éviter aux malades les ennuis d'un traitement inutile. Les douleurs périodiques, si elles sont vives, feront conseiller l'usage des préparations narcotiques.

[1] Voyez page 243.
[2] Siredey et de Sinéty, *loc. cit.*, p. 27.

(b). *Hypertrophie congénitale de l'utérus*[1].

L'utérus peut acquérir, pendant la vie fœtale, des dimensions très supérieures à celles de l'état normal à cet âge. Dans ces cas, l'utérus du nouveau-né, au lieu d'être presque uniquement constitué par le col, et de présenter une forme cylindrique, a l'aspect, en plus petit, de l'organe adulte. Le corps utérin prend également le rôle prédominant qu'il n'atteint, d'ordinaire, qu'à l'époque de la puberté.

Ces faits anatomiques paraissent être en rapport avec certaines menstruations précoces, dont nous nous occuperons à propos de cette fonction.

B. ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT QUI ATTEIGNENT L'UTÉRUS APRÈS LA NAISSANCE.

(a). *Utérus infantile.*

Ce que nous avons dit de l'utérus fœtal nous dispense de nous étendre longuement sur ce qui concerne l'utérus infantile. Il existe cependant entre les deux quelques légères différences. Ainsi l'arbre de vie, qui, dans l'utérus fœtal, remonte jusqu'à l'extrémité supérieure de la cavité, cesse plus bas dans l'utérus infantile. Il est impossible, cliniquement, de distinguer l'une de l'autre les formes fœtale et infantile. Nous renvoyons donc à ce que nous avons dit de la première variété, pour ce qui concerne la symptomatologie et le diagnostic de la seconde.

(b). *Utérus pubescent.*

On a désigné sous le nom d'*utérus pubescent* (Puech), une variété d'arrêt de développement appelé, par d'autres auteurs, développement incomplet.

[1] Voyez Klob, *loc. cit.*, p. 15, et Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. V, p. 102.

Anatomie pathologique. — L'utérus pubescent est resté dans un état intermédiaire entre l'utérus infantile et celui de la jeune fille vierge, au début de la période d'activité sexuelle. C'est un organe qui persiste chez l'adulte avec les caractères qu'il présente à l'époque qui précède la puberté. On n'observe plus ici la prédominance du col sur le corps; les deux régions se partageant l'utérus à peu près à parties égales. La cavité mesure un centimètre environ de moins que celle d'un organe vierge après les premières règles (quatre à quatre et demi au lieu de cinq à cinq et demi). L'utérus pubescent a, du reste, la forme et l'aspect général de l'utérus vierge, dont il différerait, d'après Puech[1], par son poids très inférieur. La moyenne n'atteignant guère que 27 grammes, tandis qu'elle est chez l'adulte, à l'état normal, de 45 grammes environ[2].

L'état du vagin, des ovaires et des mamelles est variable dans ces conditions.

Symptômes. — Chez les femmes à utérus pubescent, on observe toujours certains troubles dans les fonctions génitales. La menstruation fait complètement défaut, ou bien elle est faible, insuffisante, irrégulière. La stérilité est un fait presque constant dans les cas de ce genre.

Si on pratique le toucher, on s'assure que le vagin est diminué de longueur ou de largeur. D'autres fois il a conservé ses dimensions normales.

Tantôt ayant à peine le volume d'un pois, tantôt représenté par un petit cône mince et pointu, le museau de tanche ne fait dans le vagin qu'une saillie presque inappréciable. L'orifice externe est souvent rétréci, au point de ne pas permettre l'introduction de l'hystéromètre. On peut

[1] *Ann. de Gyn.*, 1874.
[2] Voyez page 227.

alors, au moyen d'un stylet flexible, s'assurer du peu d'étendue de la cavité utérine.

Diagnostic. — La constatation des caractères que nous venons d'énumérer sera réalisée au moyen du toucher vaginal et rectal, associé au palper abdominal et suivi du cathétérisme.

C'est généralement l'absence des règles à l'âge où on les voit ordinairement se produire, qui attire surtout l'attention. Il s'agit de savoir, toutes les fois qu'on est en présence d'un cas d'aménorrhée, si celle-ci est due à une cause anatomique ou physiologique, c'est-à-dire à un vice de conformation ou à un état général de l'organisme.

Si la femme n'a que 16 ou 17 ans, on peut attendre et surveiller la marche des phénomènes.

Si elle a dépassé 20 ans, il est extrêmement probable que l'aménorrhée est due à une cause anatomique, qu'un examen complet pourra seul permettre de préciser.

Pronostic. — Les auteurs ne sont pas d'accord relativement au pronostic de l'utérus pubescent, les uns le considérant comme incurable et entraînant fatalement la stérilité (Scanzoni), d'autres, au contraire, admettant la possibilité d'une guérison et d'une fécondation (Puech).

Étiologie. — La cause de l'utérus pubescent nous est aussi inconnue que celle de tous les arrêts de développement qui frappent cet organe.

On a dit que cette forme se rencontrait surtout chez des femmes débiles, scrofuleuses, rachitiques, atteintes de chlorose au moment de la puberté. Cette étiologie ne résiste pas aux faits observés chez des femmes robustes et très bien constituées sous tous les autres rapports.

Traitement. — Il sera d'abord indiqué, dans la majorité des cas, de fortifier la constitution des jeunes filles par une bonne hygiène, l'exercice, la gymnastique, jointe à une

nourriture substantielle. L'usage du fer et du quinquina trouvera sa place dans les cas où la chlorose interviendrait.

Quand la malade a atteint l'âge de 20 ans environ, on peut chercher à agir sur l'organe utérin lui-même, en essayant de l'électricité, d'application de ventouses sèches sur le col.

Les excitations portées directement sur la muqueuse utérine doivent être également tentées.

Le cathétérisme souvent répété, ou l'introduction du petit pessaire intra-utérin de Simpson, rempliront cette indication.

Il faut se méfier, chez les femmes atteintes d'arrêt de développement de l'utérus, de l'usage interne de la plupart des médicaments dits emménagogues.

Rétrécissements du canal cervical.

Nous décrirons sous le nom de rétrécissement du col de l'utérus, divers états anatomiques appelés par d'autres auteurs, dysménorrhée mécanique[1], ou sténose du col[2].

Anatomie pathologique. — Le rétrécissements peut siéger sur divers points de la cavité cervicale.

Dans la forme congénitale il porte sur toute sa longueur. Le museau de tanche est conique, pointu, présente une consistance presque cartilagineuse. Plus rarement il est gonflé et comme œdémateux.

L'orifice externe est petit, souvent à peine reconnaissable à une gouttelette de mucus qui s'en échappe. Quelquefois cet orifice est caché par la lèvre antérieure plus saillante que la postérieure.

Le rétrécissement s'observe isolément à l'un des orifices interne ou externe, ou bien aux deux à la fois. Celui de l'orifice externe est de beaucoup le plus fréquent.

[1] Courty, Simpson.
[2] Par la plupart des gynécologistes Allemands.

Si les deux sont atteints, la cavité cervicale est dilatée et le corps de l'utérus est séparé du col par un étranglement circulaire. Si le rétrécissement ne porte que sur l'orifice externe, cet étranglement manque et l'isthme de l'utérus est également dilaté.

Symptômes. — Les conséquences principales du rétrécissement du col utérin sont : 1° une dysménorrhée souvent très douloureuse; 2° la stérilité.

Le sang menstruel ne sort que par intervalle et en petite quantité. La dysménorrhée n'est pas toujours en rapport avec le degré du rétrécissement. On comprend, en effet, que l'intensité des douleurs expulsives doit dépendre de la quantité de sang accumulé et des dimensions de la muqueuse exfoliée en un même espace de temps. Si ces produits se trouvent tout d'un coup en grande abondance, les douleurs seront vives, même avec un orifice peu rétréci. Si, au contraire, le sang et les débris de muqueuse s'éliminent lentement et en petite quantité, ils passeront facilement, même à travers un col plus étroit.

Peu à peu l'irritation résultant de cette congestion prolongée, et de la difficulté qu'éprouve le sang à se faire jour au dehors, peut amener des ménorrhagies ou être le point de départ de la métrite et de la périmétrite.

Diagnostic. — L'introduction de l'hystéromètre permettra de préciser le point où siège le rétrécissement. Si celui-ci est situé sur les deux orifices, il sera nécessaire de dilater l'orifice externe pour arriver jusqu'à l'interne.

La forme du col pourrait faire penser à certaines variétés d'utérus pubescent. Mais sa longueur et la profondeur de la cavité utérine doivent lever tous les doutes.

Pronostic. — Le rétrécissement ne présente pas, par lui-même, de danger pour la vie. Il pourrait, comme nous l'avons vu, être le point de départ de la métrite ou de la

périmétrite, qui viendraient alors le compliquer. Cet état anatomique n'en mérite pas moins de fixer notre attention, à cause de la vie pénible imposée aux malades par les crises de dysménorrhée, et de l'obstacle qu'il apporte à la fécondation.

Mais par un traitement approprié on a beaucoup de chances de faire disparaître, en même temps, dysménorrhée et stérilité.

Étiologie. — Le rétrécissement du col est congénital ou acquis. On a proposé de réserver le nom de *rétrécissement* aux cas acquis, et d'appeler *étroitesse* ceux d'origine congénitale (Courty).

Cet état anatomique est susceptible de se produire sous l'influence de causes variées. En première ligne nous placerons les solutions de continuité consécutives à l'accouchement. Viennent ensuite les inflammations, les ulcérations, les cautérisations intempestives ou mal faites. Nous n'avons pas à nous occuper, dans ce chapitre, des rétrécissements résultant des flexions ou de la présence d'un polype.

Traitement. — Le traitement consiste à dilater ou à inciser la cavité cervicale, après s'être assuré de l'intégrité des annexes.

La dilatation peut être lente et graduelle, ou brusque et extemporanée[1]. La dilatation lente se fait au moyen de bougies ou de dilatateurs.

On peut employer des sondes en gomme ou de petites tiges métalliques de diamètre variable, laissées à demeure pendant deux ou trois heures. Si l'utérus est peu irritable, on remplace chaque jour une tige par une autre d'un diamètre supérieur, d'après le même principe que pour les rétrécissements de l'urèthre chez l'homme.

[1] Voyez Ellinger, *Sur la dilatation extemporanée.* (*Arch. f. Gyn.*, 1874, t. V, p. 268.)

Ou bien on dilatera au moyen de l'éponge ou de la laminaria, en suivant les préceptes que nous avons indiqués[1].

Souvent il faut faire précéder cette opération de l'incision de l'orifice externe, trop rétréci pour laisser pénétrer le corps dilatateur. Il est prudent, dans ce cas, d'attendre la cicatrisation de la petite plaie avant de faire la dilatation, au moins si on a recours à la méthode lente. Le débridement de l'orifice externe ne présente pas de gravité en général. Il consiste en deux incisions latérales qu'on pratique soit avec des ciseaux coudés (fig. 63), soit avec un bistouri boutonné. Une lancette portée par des pinces à pansement serait même suffisante.

Fig. 63. — Ciseaux coudés pour inciser le col de l'utérus.

La dilatation brusque se fait au moyen de divers instruments, parmi lesquels le modèle de Sims présente certains avantages[2].

L'incision de l'orifice interne est une opération plus sérieuse que celle de l'orifice externe, surtout à cause des hémorrhagies qui sont à craindre. Quelques gynécologistes vont jusqu'à repousser cette opération d'une façon absolue.

Différents hystérotomes, à une ou plusieurs lames, sont employés pour l'incision de l'orifice interne.

Ce mode de traitement ne doit pas être appliqué banalement, et on n'y aura recours que chez les malades où il sera jugé absolument nécessaire. Un certain nombre de cas

[1] Voyez page 19.
[2] Voyez figure 16.

de mort ont été observés consécutivement à cette intervention. Quelle que soit l'opération adoptée, il faut choisir de préférence, pour la pratiquer, une époque éloignée des règles.

Le plus souvent la simple dilatation au moyen de la laminaria, précédée ou non de l'incision de l'orifice externe, suffit pour amener un résultat satisfaisant.

Si le col est conique et très allongé, il peut y avoir lieu d'en amputer une portion. Des ciseaux, un bistouri, l'écraseur serviront à cet usage.

L'écraseur demande à être manié avec de grandes précautions. Il existe dans la science plusieurs exemples de pénétrations dans le péritoine, causées par la difficulté qu'on éprouve à limiter le point où s'exerce l'action de l'instrument. Le galvonocautère présente des avantages pour l'amputation du col. Mais son emploi n'est pas compatible avec la pratique de Sims, qui conseille de recouvrir la surface de la plaie d'amputation avec des lambeaux de la muqueuse, reliés par quelques points de suture métallique, sauf à la partie centrale, pour ménager l'orifice cervical.

Pendant un temps assez long après l'opération, les malades exigeront une surveillance active afin de s'opposer par la dilatation aux rétrécissements consécutifs.

De la rétention du flux menstruel (hématomètre, hydromètre [1]).

Après avoir étudié les divers vices de conformation qui peuvent amener l'atrésie [2] partielle ou totale d'un point quelconque des voies génitales, nous devons réunir

[1] Nous avons déjà signalé quelques-uns des symptômes de l'hématomètre à propos de l'atrésie du vagin, p. 148.

[2] Atrésie de α privatif, et τρησις, trou.

et grouper dans un même chapitre les accidents qui en résultent. Ceux-ci dépendent principalement de la rétention des liquides sécrétés ou transsudés, sang, mucus, pus.

Anatomie pathologique. — L'obstacle à la sortie des liquides porte sur trois points principaux : l'hymen, le vagin et l'utérus.

On peut rencontrer plusieurs oblitérations ou cloisons superposées.

La largeur de l'orifice de l'hymen est très variable d'un sujet à l'autre. Ordinairement il laisse pénétrer le bout du doigt, et peut être assez large et assez élastique pour permettre les rapprochements sexuels sans déchirure de la membrane. Rarement l'ouverture hyméniale est très étroite. On en a vu, cependant, qui donnaient à peine passage à une sonde. Dans quelques cas l'hymen est imperforé. Il devient alors épais, rigide, acquérant une consistance semi-cartilagineuse. Son mode de développement n'est pas encore parfaitement connu[1], et les observations d'hymens doubles superposés sont bien difficiles à interpréter, avec les théories généralement admises aujourd'hui sur ce point d'embryologie.

Il est souvent difficile de savoir si l'on a affaire à une atrésie de l'hymen, ou de la partie inférieure du vagin. Dans le second cas, il existe au-dessous de la membrane oblitérante un bourrelet circulaire qui en est séparé par un sillon plus ou moins profond ; ce qui ne s'observe pas dans le premier.

L'oblitération congénitale de l'utérus est beaucoup plus rare que celle qui se produit pendant la vie extra-utérine. Celle-ci se rencontre le plus souvent à l'orifice externe, et résulte, soit de la formation de tissu fibreux cicatriciel,

[1] Voyez *Centralblatt f. Gyn.*, 1878, p. 503.

soit d'adhérences établies entre la muqueuse du vagin et du col utérin. L'atrésie de la cavité cervicale est très fréquente dans la vieillesse. Elle existe chez plus d'un quart des femmes ayant dépassé l'âge de cinquante ans (Hennig).

Une flexion compliquée de la présence d'un polype ou l'existence d'un polype sans flexion peuvent obstruer l'orifice utérin et donner lieu à l'hématomètre.

Si c'est à l'hymen que siège l'obstacle, la tumeur se forme surtout aux dépens du vagin. L'utérus est situé à la partie supérieure et ne participe qu'à la longue à la dilatation.

Si le segment inférieur du vagin manque ou est oblitéré, c'est au-dessus de ce point que se produit la dilatation. L'orifice externe est élargi, mais l'isthme résiste souvent très-longtemps, et la cavité utérine est peu distendue, au moins dans la période rapprochée du début.

Quand l'orifice externe est la cause de la rétention, tout l'utérus est dilaté, formant une tumeur globuleuse à parois épaisses, sur laquelle on ne peut plus constater l'existence du col.

S'il s'agit de l'orifice interne, le col reste à peu près normal, et ce n'est qu'à partir de l'isthme que la masse arrondie se développe. Plus l'obstacle siège haut, plus les trompes participent à la distention. Cette dilatation tubaire est rare et tardive, dans les cas d'atrésie de l'hymen. La tumeur des trompes ne paraît pas résulter, le plus souvent, du reflux du sang, mais bien de l'accumulation des liquides transsudés à la surface de leurs parois.

On a vu une énorme distention des trompes coïncider avec un orifice tubo-utérin très étroit ou même oblitéré [1].

[1] Voyez Gosselin, *Gaz. des hôpit.*, 1867, p. 226.

L'issue dans la cavité péritonéale, du sang contenu dans la trompe, peut se produire peu à peu et lentement, ou être la conséquence d'une rupture. Dans les deux cas, il en résulte une hématocèle.

La déchirure des trompes, plus rarement celle de l'utérus, ont lieu de deux façons différentes. Ou bien sous l'influence de l'excès de tension, les parois finissent par céder. Ou bien à la suite d'une ponction, le retrait trop brusque de la tumeur amène sur les adhérences des tiraillements suffisants pour entraîner une solution de continuité.

Les caractères du liquide varient selon la durée de la maladie. Le plus souvent roussâtre ou couleur chocolat, il se compose d'autres fois de caillots nageants dans du sérum.

La quantité de ce liquide peut atteindre jusqu'à 3 et 4 litres.

Chez les vieilles femmes, l'oblitération du museau de tanche amène une accumulation de sérosité, plus ou moins mélangée de pus. Des cas du même genre ont été observés chez le nouveau-né[1]. On a rencontré un liquide purulent, surtout dans les cas d'atrésie, se produisant à une époque rapprochée de l'accouchement.

Certains auteurs ont avancé que dans les hématomètres d'ancienne date, la quantité de sang était moindre que dans celles développées depuis peu. Cette différence pourrait s'expliquer de deux façons. Ou parce que les adhérences faciliteraient l'absorption des liquides. Ou parce que l'obstacle apporté à leur écoulement en diminuerait la production. Peut-être chacune de ces deux causes y entre-t-elle pour une certaine part.

Symptômes. — C'est ordinairement vers l'âge de la pu-

[1] Hergott, thèse d'agrégation, 1878, p. 225.

berté que l'atrésie des voies génitales donne lieu à des accidents. C'est à titre d'exception qu'on en voit se produire chez des enfants, par accumulation de mucus ou de muco-pus au-dessus du point oblitéré.

Au moment où le développement de tous les organes annonce l'apparition des premières règles, les jeunes filles éprouvent les diverses sensations du molimen menstruel, sans écoulement de sang. Au début, les malades accusent un sentiment de gêne, de pesanteur dans le bassin. Les douleurs perçues dans la région lombaire s'irradient vers le pubis, le périnée, la partie supérieure des cuisses. Après une courte durée, ces symptômes disparaissent, et tout rentre dans l'ordre pendant 28 ou 30 jours.

Vers cette date, une nouvelle crise se manifeste, pour cesser de nouveau et se reproduire ainsi périodiquement un certain nombre de fois. Les manifestations douloureuses augmentent d'intensité à chaque nouvelle époque, et se compliquent de difficultés dans la miction et la défécation. On observe alors sur la ligne médiane de la région hypogastrique une tumeur rénitente. Celle-ci, peu sensible à la pression, arrive quelquefois, par ses progrès lents et successifs, à dépasser le niveau de l'ombilic, comme l'utérus au terme de la grossesse.

Outre la tumeur médiane, il en existe souvent deux autres situées latéralement et formées par les trompes distendues.

Si l'hymen est imperforé, on voit, entre les grandes lèvres, une saillie arrondie, rosée, du volume d'un marron ou d'un œuf de poule.

Le refoulement des parois abdominales produit une fluctuation obscure. On a pu constater des contractions de l'utérus, dont chacune augmentait la saillie de la tumeur à la vulve.

Dans l'atrésie de la région moyenne ou supérieure du vagin, on ne trouve pas de membrane tendue et visible au dehors. Il faut alors introduire deux doigts, l'un dans le vagin et l'autre dans le rectum, pour se rendre compte des rapports. Si la cavité vaginale manque, on associera le toucher rectal à l'introduction d'une sonde dans la vessie. Si le col utérin est seul en cause, le doigt chemine librement dans le conduit vaginal et rencontre, au-dessus du museau de tanche ayant subi des modifications variables selon les cas, une tumeur globuleuse.

A la longue les troubles digestifs se montrent à leur tour, donnant lieu à des vomissements. Les douleurs, localisées d'abord aux époques menstruelles, se prolongent de plus en plus jusqu'à devenir continues. Elles sont quelquefois très violentes, et les femmes ayant eu des enfants, c'est-à-dire dans certaines atrésies acquises, les comparent aux douleurs de l'accouchement. Enfin les malades épuisées par la fièvre hectique finissent par succomber.

La rupture de l'obstacle, ou d'un point quelconque des organes distendus, peut amener la guérison aussi bien que la mort subite.

La déchirure de la membrane oblitérante se produit à la suite d'un effort ou par une destruction gangréneuse. Si la solution de continuité a lieu sur l'utérus ou les trompes et que le sang pénètre dans le péritoine, la mort, sans être constante, en est néanmoins la conséquence la plus ordinaire.

Une terminaison heureuse peut être amenée par l'enkystement des produits épanchés et plus tard par leur élimination au moyen d'une fistule rectale. On a vu, après l'établissement d'adhérences épaisses, l'utérus s'ouvrir dans l'estomac, dans la vessie, et l'écoulement menstruel se faire jour par l'urèthre.

La rupture a lieu à des époques variables, 13, 15 mois, ou plusieurs années après le début des premiers symptômes. La péritonite se produit, chez certaines malades, en l'absence de toute solution de continuité.

Toutes les fois que l'hématomètre se complique de péritonite ou d'hématocèle, on voit s'ajouter aux symptômes déjà existants ceux qui sont propres à ces dernières affections, vomissements, ballonnement de l'abdomen, soif vive, facies abdominal, prostration des forces.

La rétention de liquides autres que du sang (hydromètre), chez les vieilles femmes, donne lieu à quelques coliques utérines.

Celles-ci ne sont pas comparables aux violentes douleurs dysménorrhéiques de l'hématomètre.

Les symptômes résultant de l'atrésie des organes génitaux disparaissent le plus souvent au moment de la ménopause. La cessation de toute manifestation menstruelle se montre, chez ces malades, beaucoup plus tôt qu'à l'état normal. C'est surtout à ce moment qu'un hématomètre peut se transformer en hydromètre.

Diagnostic. — Quand après avoir détruit l'obstacle qui semblait s'opposer à l'écoulement des liquides on ne rencontre pas de sang ou de mucus, il faut chercher au-dessus une autre cause d'obstruction. Car nous avons vu que dans les atrésies compliquées, il existe plusieurs diaphragmes superposés.

On ne confondra pas l'hématomètre avec l'hématocèle. Dans cette dernière affection, la tumeur est indépendante de l'utérus, tandis que dans la première, cet organe participe plus ou moins complétement à sa formation. Les deux lésions peuvent se trouver réunies, si l'épanchement intrapéritonéal est consécutif à la distension des trompes.

Des douleurs revenant régulièrement à époque fixe, pour

diminuer ou disparaître dans l'intervalle de deux crises, ont un caractère presque pathognomonique. Si, en même temps, on observe une tuméfaction de l'abdomen dont l'augmentation de volume coïncide avec les crises douloureuses, on pensera avant tout à une rétention du flux menstruel.

Le diagnostic de l'hématomètre et de la grossesse au début présente, dans certains cas, des difficultés. La persistance de l'hymen ne donne pas d'indication précise, les cas de grossesse coexistant avec un hymen intact n'étant pas très rares. Le dire des malades, souvent intéressées à cacher la vérité, n'a pas non plus une grande importance à cet égard. Les douleurs dysménorrhéiques de la rétention ne ressemblent guère aux légers troubles de la sensibilité qui accompagnent souvent la gestation. Les vomissements, le gonflement des seins, s'observent dans les deux cas. Si l'oblitération siège à l'orifice inférieur du vagin, la tumeur rouge, violacée, rénitente, qu'on rencontre à la vulve, sera facile à reconnaître. Si l'obstacle est situé plus haut, sur le col utérin par exemple, les difficultés augmentent. L'utérus distendu par du sang est sphérique; sa consistance diffère de celle de l'organe gravide. La tuméfaction produite par l'atrésie de l'orifice externe pourrait être confondue avec un corps fibreux. Mais les symptômes, la marche des accidents causés par les corps fibreux, n'ont pas la même physionomie. Dans le cas de corps fibreux, l'hystéromètre pénètre toujours à une profondeur plus ou moins grande, contrairement à ce qui arrive dans l'atrésie du col.

La nature du liquide contenu dans la tumeur sera en rapport avec l'âge des malades. On a vu cependant chez des femmes de 18 à 25 ans, la ponction ne donner lieu qu'à l'issue de mucus, ou de sérosité plus ou moins purulente. Et d'un autre côté, chez des sujets de plus de 60 ans, on peut rencontrer une accumulation de sang dans l'utérus.

Ces cas d'hématomètre, chez des vieilles femmes, sont le plus souvent en rapport avec l'existence d'un polype ou d'une métrite interne chronique.

Pronostic. — Le pronostic dépend du point où siége l'obstacle et du degré de développement de la tumeur. Si c'est l'hymen qui est en cause, et que l'on opère avant que la tuméfaction soit considérable, les malades guérissent le plus souvent[1].

Les tumeurs atteignant ou dépassant la région ombilicale entraînent avec elles un pronostic grave. Soit qu'on s'abstienne, soit qu'on intervienne, comme l'a fait observer M. Gosselin[2].

Dans les atrésies siégeant à la partie supérieure du vagin, outre les dangers de l'hématomètre, on a à redouter ceux de l'opération grave et laborieuse sur laquelle nous nous sommes suffisamment étendus à propos des vices de conformation de ce conduit[3].

Dans les oblitérations du col, les tentatives opératoires sont si souvent suivies de mort, que quelques chirurgiens ont érigé l'abstention en principe.

La péritonite due à un épanchement sanguin est infiniment moins grave que celle qui se développe sous d'autres influences, à moins que la quantité de sang ne soit très-abondante.

Il faut aussi établir une différence, au point de vue de la gravité, entre les atrésies congénitales et acquises. Les dernières donnent lieu à des accidents plus sérieux et à marche plus rapide. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'impor-

[1] D'après la statistique de Puech, toutes les opérations pratiquées dans le courant de la première année après le début des accidents ont été suivies de succès. La mort n'est survenue que dans des cas de plus ancienne date.

[2] Gosselin, *Gaz. des Hôpit., loc. cit.*, et *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. II, p. 451.

[3] Voyez page 153.

tance de l'atrésie des voies génitales relativement à la fonction de reproduction, qu'elle entrave d'une façon absolue.

Le pronostic de l'hydromètre est beaucoup plus bénin que celui de l'hématomètre.

Souvent les produits accumulés se font jour spontanément, quand on a affaire à la première des deux affections.

Étiologie. — La forme la plus fréquente d'atrésie des voies génitales est celle qui est due à une imperforation de l'hymen. La plus rare est celle qui résulte d'une oblitération du col utérin.

L'obstacle à l'écoulement des règles peut être congénital ou acquis. Cette seconde catégorie est consécutive le plus souvent à l'accouchement, à la gangrène, à des ulcérations ou à des cautérisations. La blennorrhagie et la syphilis ne sont guère cause d'oblitération, et il est probable que des cas cités comme d'origine syphilitique étaient plutôt dus à des cautérisations [1].

Un degré considérable d'étroitesse du col, sans atrésie complète, peut donner lieu à tous les accidents de l'hématomètre (Bernutz).

Traitement. — C'est en général, comme nous l'avons vu, à l'époque de l'établissement des règles, que se manifestent les premiers troubles consécutifs à l'oblitération du conduit vulvo-utérin. Si, par une circonstance exceptionnelle, on venait à constater un vice de conformation de ce genre chez un enfant, il serait préférable de ne pas opérer avant la puberté. Beaucoup de femmes atteintes d'un tel arrêt de développement ne voient jamais apparaître les phénomènes de la menstruation. Il serait donc inutile de les exposer aux chances d'une opération dont le besoin ne se ferait jamais sentir.

[1] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 88.

Dans les cas d'oblitération acquise, l'âge de la malade doit entrer pour une grande part dans la décision à prendre. Nous savons, en effet, que, le plus souvent, la ménopause fait disparaître tous les accidents, et s'établit de meilleure heure chez les femmes atteintes d'atrésie.

Dans les cas d'oblitération congénitale, il faut agir dès que la tuméfaction est appréciable, et avant qu'elle n'ait pris un trop grand développement. On opérera de préférence pendant l'espace intermenstruel.

Si l'obstacle siège à l'hymen, on peut pratiquer une incision cruciale, ou exciser un lambeau du tissu saisi avec des pinces. Dans les cas de tumeur volumineuse, ayant atteint par exemple les dimensions d'une tête de fœtus, il est préférable de pratiquer une piqûre au lieu d'une large ouverture, pour que le sang, ne s'écoulant que goutte à goutte, ne donne pas lieu au retrait brusque des parois.

L'abdomen sera maintenu par un bandage. On a conseillé, en outre, d'administrer, avant l'opération, une dose d'ergot de seigle.

Si la membrane oblitérante occupe la partie inférieure du vagin, le traitement est encore facile, et l'incision ou la ponction suffiront. Il n'en est plus de même si le vagin manque en totalité ou en partie.

Il faut alors recourir à une opération longue et difficile, ayant de grands rapports avec le procédé opératoire que nous avons décrit à propos des vices de conformation de ce canal. Pour cela, la malade sera placée dans la position de la taille. Une sonde introduite dans la vessie et confiée à un aide, et l'index de la main gauche dans le rectum, permettront au chirurgien de se guider et d'éviter la blessure de l'un ou l'autre des deux organes. Après avoir incisé la peau transversalement, à égale distance des deux orifices, on doit chercher à arriver peu à peu jusqu'à la

tumeur, plutôt à l'aide des doigts qu'avec le bistouri, en déchirant et décollant les tissus. Le second temps consiste à ponctionner la poche avec un trocart, en ayant soin de ne pas comprimer l'abdomen. Il est nécessaire ensuite de dilater l'orifice pendant un certain temps, pour s'opposer au rétrécissement consécutif.

Si le col utérin lui-même est oblitéré, on ponctionnera la tumeur avec un trocart. Dans les cas d'atrésie de l'orifice interne, le museau de tanche guidera l'opérateur. Si c'est l'orifice externe qui est fermé, on déterminera aussi exactement que possible la situation de la vessie et du rectum, par rapport à l'endroit que l'on choisira pour introduire la pointe de l'instrument. La ponction par le rectum doit être réservé pour des cas d'absence du vagin où ce serait la seule ressource.

Après l'opération, les malades garderont le repos absolu. Elles seront soumises, en outre, à la diète pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, en se contentant d'administrer des boissons glacées, en petite quantité à la fois.

Il sera utile de continuer les précautions jusqu'après la prochaine époque menstruelle.

Dans l'hydromètre, la ponction suffira. On peut même, dans bien des cas, au moyen d'une simple sonde, franchir l'obstacle qui s'opposait à l'issue des liquides.

De l'hématomètre unilatérale[1].

Nous avons vu que l'utérus et le vagin pouvaient, l'un et l'autre, présenter une disposition double. Avec cette anomalie coexiste quelquefois une oblitération des deux cornes utérines ou utéro-vaginales, ce qui amène une hématomètre

[1] Désignée par Puech sous le nom d'*atrésie complexe*. Voyez Puech, *Atrésie des voies génitales de la femme*, 1864, et *Annales de Gynécologie*, 1874 et 1875.

double. Beaucoup plus souvent l'atrésie ne porte que sur une des moitiés et donne lieu à l'*hématomètre unilatérale.*

Anatomie pathologique. — La disposition et le siège de la partie oblitérée offrent de grandes variétés dans cette forme d'hématomètre. Ou bien les deux tubes de Müller se sont complètement développés dans toute leur étendue, sans se fusionner, et il existe un hymen imperforé à l'extrémité de l'un seulement. Ou les deux canaux ont également acquis leur développement, mais un seul s'est ouvert dans le sinus urogénital.

Un des tubes de Müller a été frappé d'arrêt dans sa partie inférieure, et il n'existe qu'une cavité vaginale supérieure. Le vagin peut aussi être unique, et l'utérus double mais oblitéré à l'un de ses orifices inférieurs.

On a vu enfin un utérus bicorne, dont une moitié restée rudimentaire était creusée d'une cavité close à ses deux extrémités, vaginale et péritoniale. On a même trouvé une atrésie double superposée, siégeant sur l'utérus et le vagin (Otto).

Le liquide contenu dans la tumeur est, le plus souvent, couleur chocolat ou rougeâtre, comme dans l'hématomètre ordinaire. Il peut également être constitué par du mucus ou du pus.

Symptômes. — Quoique ce soit généralement au moment de la puberté que se développent les premiers accidents dans l'hématomètre unilatérale, on voit quelquefois les symptômes de l'affection ne se montrer qu'un temps plus ou moins long après la première menstruation, quand une certaine quantité de sang s'est déjà accumulée peu à peu au-dessus de l'obstacle.

L'apparition des douleurs coïncide avec une période cataméniale, mais pas aussi constamment que pour l'hé-

matomètre ordinaire, et les phénomènes douloureux commencent dans certains cas, pendant l'espace intermenstruel. Quel qu'ait été leur mode d'apparition initiale, ces crises une fois produites se répètent régulièrement à époque fixe. Elles ont les mêmes caractères que celles de l'hématomètre ordinaire, s'accompagnant également de ténesme vésical et rectal.

L'état de la menstruation est des plus variables. Le plus souvent normale, l'hémorrhagie cataméniale peut faire défaut pendant assez longtemps, ou donner lieu à des ménorrhagies.

En combinant le palper au toucher, on constate l'existence d'une tumeur presque toujours indolente, de consistance tantôt dure et élastique et tantôt fluctuante. Quelquefois cylindrique, elle rappelle par sa courbure la forme d'un fer à cheval. La tuméfaction s'observe surtout sur les parties latérales, quoiqu'elle puisse devenir médiane, sous l'influence d'un mouvement de torsion du vagin. Facile à limiter, du côté des parois abdominales, elle se confond en arrière avec l'utérus, dont une partie rétrécie la sépare.

Les caractères de la tumeur diffèrent selon les conditions de son développement. Quel que soit le siège de l'obstacle, les pressions opérées sur l'hypogastre seront perçues par le doigt introduit dans le vagin, et, réciproquement, le refoulement imprimé à la tumeur vaginale sera senti par la main appliquée sur l'abdomen.

L'issue spontanée des liquides à l'extérieur s'observe plus souvent dans l'hématomètre unilatérale que dans les formes communes. Elle résulte de la rupture de l'obstacle, ou de la perforation de la cloison qui sépare les deux utérus ou les deux vagins. Le sang peut également s'épancher dans le péritoine, soit peu à peu, soit par une déchirure de la poche hématique. La péritonite est la conséquence de cet acci-

dent, comme elle se développe aussi en l'absence de toute solution de continuité.

La conception peut se produire dans la corne libre, quoique la compression exercée par la tumeur doive la rendre plus difficile. La grossesse a été observée dans une corne imperforée à sa partie inférieure. Nous chercherons à expliquer par quel mécanisme, quand nous parlerons des grossesses extra-utérines, avec lesquelles on a quelquefois confondu, à tort, l'hématomètre unilatérale suivie de conception.

Diagnostic. — L'écoulement régulier du flux menstruel par la corne restée perméable a pu donner le change et faire prendre l'hématomètre unilatérale pour une simple dysménorrhée. Un examen attentif ne permettra pas de commettre cette erreur, surtout si le dédoublement des organes génitaux est nettement dessiné. Une tumeur cylindrique élastique, ou presque fluctuante, le plus souvent située latéralement, ne ressemble guère à d'autres productions. La nature du liquide obtenu par une ponction exploratrice peut donner des indications utiles. Le cathétérisme de la vessie éloignera immédiatement la possibilité d'une cystocèle.

Les kystes du vagin ou de la glande vulvo-vaginale n'atteignent pas des dimensions comparables à celles de la tumeur due à l'hématomètre et ne remontent pas jusque dans la cavité pelvienne.

Le thrombus a des caractères également différents, et ne se développe guère en dehors de la grossesse ou de l'accouchement.

Un kyste de l'ovaire, fixé par des adhérences, pourrait présenter quelques signes communs, mais la forme du kyste est moins cylindrique que celle produite par la rétention des liquides dans une corne imperforée. En outre, le mode de développement par poussées successives, se répé-

tant régulièrement chaque mois, et la nature des douleurs ne rappellent en rien la marche des kystes ovariques.

L'hématocèle se distingue de l'hématomètre par le siège et la forme de la tuméfaction. Nous avons cependant vu que, dans quelques cas, la tumeur résultant de la seconde affection est également située sur la ligne médiane. Mais leur marche est essentiellement différente. L'une se montre pendant toute la période d'activité sexuelle, l'autre est presque l'apanage exclusif des premières années qui suivent la puberté. L'une se produit tout d'un coup, et l'augmentation de volume, rapidement arrivée à son maximum, diminue ensuite peu à peu, tandis que l'autre augmente lentement et progressivement.

Le diagnostic de l'hématomètre unilatérale présente de plus grandes difficultés s'il y a absence du vagin d'un côté, avec une corne utérine rudimentaire. C'est dans ces cas qu'un corps relié à l'utérus par un étranglement, une espèce de cordon, pourrait rappeler la disposition de certains fibroïdes pédiculés. La consistance de la tumeur est différente dans les deux cas, et une ponction exploratrice lèverait tous les doutes. L'hématomètre et l'hydromètre, résultant d'une même lésion, ne diffèrent que par la nature du liquide contenu dans la cavité distendue.

Pronostic. — Le pronostic de l'hématomètre unilatérale est moins grave que celui de la forme commune. La santé générale s'altère plus lentement, ce qu'explique la différence qui existe entre ces deux variétés. Dans un cas, les règles s'écoulent par un des orifices, tandis que dans l'autre il y a rétention complète du flux menstruel. La guérison se produit aussi par la déchirure spontanée de la cloison ou de la membrane oblitérante. La fréquence plus grande de cette rupture résulte de l'épaisseur moindre des tissus interposés. Ce mode de terminaison n'est pas toujours favo-

rable et les malades peuvent succomber à des accidents septicémiques. Les causes qui amènent la mort sont les mêmes dans l'hématomètre unilatérale que dans l'hématomètre ordinaire.

Étiologie. — La variété d'affection qui nous occupe n'est pas très-rare. Schrœder en a réuni 43 observations[1]. Sur ce nombre, 34 étudiées cliniquement se divisent ainsi relativement au point où siégeait l'obstacle; 13 atrésies utérines, 13 vaginales supérieures ou moyennes, 5 de la partie inférieure du vagin, une seulement portait sur l'hymen. Des 5 cas trouvés à l'autopsie, 3 résultaient d'oblitérations de l'utérus, et deux d'oblitérations du vagin. Enfin, sur les 6 observés chez des enfants, il existait une fois une atrésie de l'utérus et du vagin, et du vagin seulement pour les trois autres. Dans 24 observations de Puech, 11 fois la membrane obturatrice siégeait sur l'utérus, et 13 fois sur le vagin.

On voit, par ces chiffres, que le vagin et l'utérus sont beaucoup plus souvent en cause que la membrane hymen[2]. Contrairement aux autres vices de conformation, l'hématomètre unilatérale se rencontre plus souvent à droite qu'à gauche (sur 28 cas relevés par Puech, il y en avait 20 à droite et 8 à gauche).

Les accidents auxquels donne lieu l'absence de communication d'une corne rudimentaire avec l'extérieur peuvent ne se montrer que très-tard. On a cité des malades chez lesquelles plusieurs accouchements avaient eu lieu sans déceler aucune disposition anormale, et ce n'était qu'à la troisième ou quatrième couche, que se produisait une hydromètre considérable dans la cavité oblitérée.

[1] Schrœder, *loc. cit.*, p. 55.

[2] Nous avons vu que dans l'hématomètre ordinaire, c'est au contraire l'hymen imperforé qui est la cause la plus fréquente de la rétention du flux menstruel.

Traitement. — Si le vagin est le siége de la tumeur, il sera facile d'inciser ou de ponctionner celle-ci, avec les précautions que nous avons indiquées.

Si c'est l'utérus, le trocart doit être introduit dans le voisinage du col.

Dans les cas d'une corne rudimentaire pédiculée, le choix du mode opératoire est souvent embarrassant. On a conseillé de diviser l'opération en deux temps, séparés l'un de l'autre par une durée de deux mois environ.

La première partie consiste à amener des adhérences au moyen de la potasse caustique, et la seconde à faire une ponction. Des cas de guérison ont été obtenus par ce procédé (Hégar).

Comme on le voit, c'est la méthode de Récamier pour les kystes, appliquée à cette forme d'hématomètre.

Une fois la poche évacuée, quelle que soit l'espèce à laquelle nous ayons affaire, une seconde indication se présente, c'est d'empêcher le rétrécissement secondaire, en maintenant l'orifice dilaté. Quand on pratique la ponction, il est utile d'éviter toute pression sur l'abdomen, contrairement à ce qu'on a coutume de faire quand on vide la vessie ou un épanchement ascitique. Il faut laisser le liquide s'écouler lentement, et si la tumeur est volumineuse il sera prudent de ne pas extraire immédiatement tout le contenu.

HYPERTROPHIES DE L'UTÉRUS [1]

Pour terminer l'histoire des anomalies de l'utérus et des accidents auxquels elles peuvent donner lieu, il nous reste à étudier les cas où l'organe utérin adulte dépasse ses dimensions normales en totalité ou partiellement.

[1] Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons déjà dit relativement hypertrophie congénitale de l'utérus. (Voyez page 265.)

HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DE L'UTÉRUS.

L'hypertrophie généralisée à toute la paroi de l'organe utérin est un phénomène presque toujours secondaire. Le plus souvent cet état anatomique est la conséquence d'une métrite.

On le rencontre aussi à la suite de la rétention du flux menstruel. Dans l'hématomètre ou rétention complète, la distention de la cavité l'emporte sur l'épaississement des parois. C'est l'inverse dans les cas de rétention incomplète, quand les règles ne s'écoulent que difficilement, mais arrivent cependant à se faire jour. Dans ces circonstances, la cavité se distend moins, et les parois acquièrent une épaisseur plus grande.

Les corps fibreux, les diverses espèces de polypes, sont une cause d'épaississement et d'augmentation de volume de l'utérus. Ces modifications se produisent, dans ces cas, par un mécanisme analogue à celui de la grossesse, véritable hypertrophie physiologique transitoire.

A la suite de l'accouchement, l'organe gestateur peut ne pas revenir à son état normal, l'involution restant incomplète[1]. C'est ce qu'on a appelé les hypertrophies passives, par opposition aux autres formes déjà signalées, qui seraient des hypertrophies actives. Comme nous le verrons plus tard, ce défaut d'involution joue un grand rôle dans l'étiologie de la métrite chronique, dont il est souvent le point de départ.

En dehors de toutes ces causes, la plupart des auteurs admettent une hypertrophie essentielle de l'utérus. Nous ne connaissons pas d'observation probante de ce genre d'affection, et celles qui ont été invoquées dans ce sens seraient

[1] Voyez Chenet, *Thèse de doctorat*. Paris, 1877.

susceptibles d'interprétations très variables[1]. La différence anatomique que l'on a voulu établir, en se basant sur l'augmentation du tissu musculaire dans l'hypertrophie vraie et du tissu conjonctif dans la métrite chronique, est loin d'être démontrée, ainsi que nous le signalerons à propos de l'anatomie pathologique des inflammations utérines.

En somme, s'il existe une forme primitive et essentielle d'hypertrophie générale de l'utérus, elle est très rare et fort mal connue. Aussi ne chercherons-nous à en établir ni la symptomatologie ni le traitement. Et les auteurs qui ont agi autrement nous semblent s'être plutôt basés sur des analogies et des idées théoriques, que sur des faits d'observation.

HYPERTROPHIES PARTIELLES DE L'UTÉRUS.

Ce que nous venons de dire de l'existence problématique de l'hypertrophie primitive générale de l'utérus est loin de pouvoir s'appliquer aux hypertrophies partielles. Celles-ci sont, au contraire, fréquentes. D'abord les corps fibreux pourraient rentrer dans cette catégorie. Mais cette idée, admissible au point de vue anatomique, ne le serait plus relativement à la clinique, et l'histoire de ces néoplasmes, souvent énucléables, sera mieux placée dans la description des tumeurs utérines.

Les observations d'hypertrophie partielle du col ne sont pas de date récente. Il y a déjà plus de deux siècles que Morgagni décrivait en détail un cas très net de cette affection. Mais ces faits épars, confondus la plupart du temps avec le prolapsus utérin, étaient restés dans l'ombre et n'avaient guère attiré l'attention. C'est au mémoire d'Huguier, lu à l'Académie de médecine en 1859 et publié en 1860, qu'on doit d'avoir mis en lumière la fréquence relative de

[1] Voyez l'observation de Tillaux, *Société de chirurgie*, 1868, citée par Courty, *loc. cit.*, p. 707.

l'élongation hypertrophique du col et l'importance qu'il y a à distinguer cet état anatomique du véritable prolapsus.

On peut reprocher à Huguier d'avoir exagéré la fréquence de l'hypertrophie et la rareté du prolapsus vrai.

Jusqu'à ces dernières années, les différents auteurs de gynécologie avaient bien peu ajouté aux notions contenues dans le mémoire d'Huguier.

D'après lui, il y aurait deux formes principales d'élongation. Celle de la portion sous-vaginale, c'est-à-dire de la partie située au-dessous de l'insertion du vagin, et celle de la partie sus-vaginale située au-dessus de cette insertion.

Cependant, en étudiant attentivement les rapports anato-

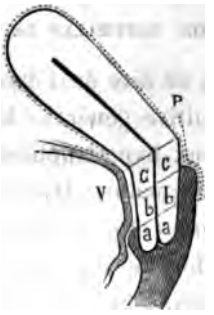


Fig. 64. — Figure schématique montrant les trois segments du col.

a. a. Segment vaginal. — b. b. Segment moyen. — C. C. Segment sus-vaginal. — V. Vessie. — P. Péritoine dont le trajet est indiqué par une ligne ponctuée.

miques de l'utérus et du vagin, on voit que celui-ci s'insère beaucoup plus bas en avant qu'en arrière. De sorte qu'il existe là une portion du col qui est sous-vaginale en arrière et sus-vaginale en avant (fig. 64, b. b). L'hypertrophie peut porter uniquement sur cette partie moyenne, et la maladie, dans ce cas, présente une forme et des rapports tout spéciaux [1].

L'augmentation de volume pouvant atteindre isolément

[1] Voy. Crevet, *Thèse d'Erlangen*, 1878.

chacun de ces segments, nous admettrons donc trois formes de l'élongation du col :

1° L'hypertrophie du segment vaginal;

2° L'hypertrophie du segment sus-vaginal;

3° Enfin, l'hypertrophie du segment moyen.

1° Hypertrophie du segment vaginal.

Anatomie pathologique. — Ce qui caractérise cette forme d'élongation, c'est sa régularité.

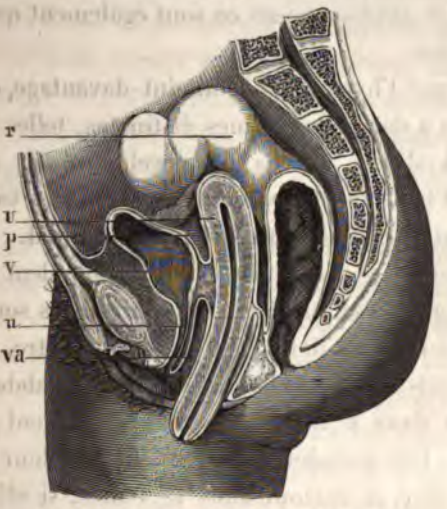


Fig. 65. — Hypertrophie du segment vaginal.

r. Rectum. — U. Utérus. — p. Péritoine. — V. Vessie. — u. Urèthre. — va. Vagin.

Les tissus profonds sont normaux, ainsi que la muqueuse. La partie hypertrophiée, de consistance également normale, peu épaissie, est remarquable par sa longueur et sa forme conique (fig. 65). Quelquefois, dans les cas peu développés, le col reste inclus dans le vagin, d'autres fois, il dépasse l'anneau vulvaire.

L'orifice externe est ordinairement rétréci, au point de ne pouvoir admettre l'extrémité d'un hystéromètre. Les obser-

vations où l'on a décrit un écartement des lèvres du museau de tanche doivent être plutôt considérées comme des hypertrophies dues à la grossesse.

Plusieurs lésions peuvent compliquer l'élongation du col. On a signalé la présence d'ulcérations, l'oblitération de l'orifice externe, l'atrophie du corps de l'utérus, celui-ci n'étant plus représenté que par le col long de 6 à 8 centimètres. Diverses déviations se combinent souvent avec l'augmentation de volume du museau de tanche. La pelvipéritonite et les abcès pelviens en sont également quelquefois la conséquence.

Selon que l'hypertrophie atteint davantage certains éléments, on a décrit des formes distinctes, telles que l'hypertrophie kystique, due à un développement exagéré des glandes, l'hypertrophie vasculaire, quand les vaisseaux sanguins sont plus nombreux qu'à l'état normal.

Symptômes. — Les symptômes ressemblent beaucoup à ceux du prolapsus, sauf que les souffrances sont ordinairement plus intenses dans l'un que dans l'autre. Ce sont des tiraillements dans les lombes ou dans l'abdomen, de la pesanteur dans le bassin. Le coït est souvent péniblement supporté. Les malades éprouvent une douleur vive à la région vulvaire et surtout dans le ventre, si elles s'assoient brusquement.

La présence de la tumeur au voisinage de la vulve, et un écoulement plus ou moins abondant, amènent des démangeaisons, des excoriations, comme dans le prolapsus.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile. La présence du col allongé à l'orifice vulvaire, malgré la situation normale du fond de l'utérus, la profondeur des culs-de-sac conservée, l'absence de cystocèle, tous ces caractères ne permettent pas de confondre l'élongation du segment vaginal avec l'élongation de la partie sus-vaginale. La position du corps

utérin suffit aussi pour la différencier immédiatement d'avec le prolapsus.

Pronostic. — Cette forme d'hypertrophie du col n'a pas de tendance à se modifier spontanément et s'accentue de plus en plus. Elle peut être une cause de gêne, de souffrances, et principalement de stérilité. Cependant ce n'est point un obstacle absolu à la fécondation, et nous avons vu des femmes devenir enceintes, malgré cette disposition anatomique très accusée[1]. C'est la moins grave des trois, surtout par la bénignité relative des opérations qui doivent lui être appliquées.

Étiologie. — Cette variété de l'affection que nous décrivons se développe sous l'influence de causes absolument inconnues. On l'observe chez des femmes nullipares, même chez des vierges, et tous les auteurs en admettent une forme congénitale.

Beaucoup de gynécologistes ont fait jouer un rôle important à la grossesse, dans la production de cette difformité. Dans ces cas, on a confondu deux affections distinctes et d'origine diverse. En effet, souvent à la suite de l'accouchement, on voit le col conserver un volume exagéré, soit dans son ensemble, soit sur un de ses points seulement. Nous reparlerons de ces hypertrophies partielles à propos de la métrite chronique. Elles sont souvent consécutives aux déchirures profondes, produites par la parturition, sur un point quelconque de l'orifice externe. Ces hypertrophies parfois très considérables, où le col est irrégulier, couvert de nodosités, de bosselures, ne ressemblent pas à la variété qui nous occupe, dans laquelle le col est mince, régulier et remarquable surtout par sa longueur (fig. 66)[2].

[1] Voyez le travail de Dupuy, *Progrès médical*, 1875 et 1876.

[2] Guéniot a décrit une forme d'hypertrophie œdémateuse du col spéciale aux femmes enceintes, qu'il ne faut pas confondre avec l'œdème résultant de la pression de la tête.

Traitement. — Le traitement consiste à retrancher la partie hypertrophiée. L'éloignement des points sur lesquels on opère, d'avec le péritoine et la vessie, rend l'excision plus facile et moins dangereuse, dans cette forme d'allongement, que dans les deux autres dont nous allons poursuivre l'étude.

Nous avons à notre disposition les divers procédés employés pour l'amputation du col utérin ; les ciseaux, le bistouri, le thermocautère, l'écraseur, l'anse galvanocaustique.

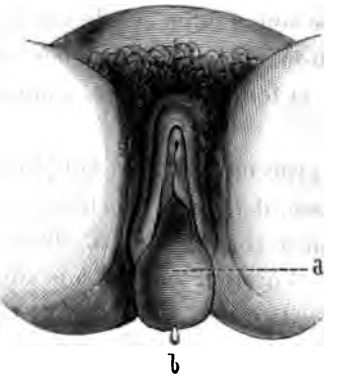


Fig. 66. — Hypertrophie du segment vaginal.

a. Partie hypertrophiée faisant saillie à la vulve. — b. Gouttelette de mucus s'échappant par l'orifice du col.

La présence du col au voisinage de la vulve empêche qu'on ait à discuter, si on doit ou non pratiquer des tractions, question importante sur laquelle nous reviendrons.

Si l'on a recours aux ciseaux, il faut, préalablement, au moyen de l'index et du médius gauches introduits dans le vagin, conduire une pince de Museux (fig. 67) pour fixer l'utérus. La pince sera tenue de la main gauche et les deux doigts qui lui ont servi de conducteur rempliront le même

rôle pour les ciseaux. La section doit se faire lentement et à petits coups, afin de diminuer autant que possible les chances de l'hémorrhagie. C'est pour obvier à ce même inconvénient, que le docteur Clarck a préconisé ses ciseaux à mors dentelés.

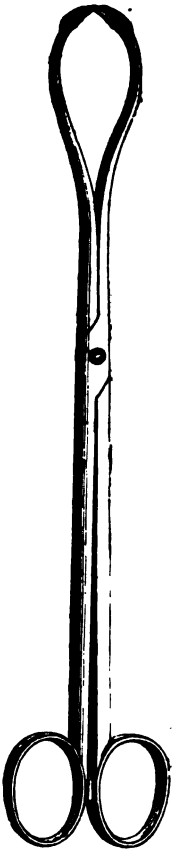


Fig. 67. — Pince de Museux.

Le bistouri expose aux accidents hémorrhagiques encore plus que les ciseaux. Le thermocautère est plus avantageux à ce point de vue.

Au moyen de l'écraseur on est presque à l'abri des pertes de sang trop abondantes, surtout si l'on a soin de sectionner lentement les tissus. Mais cet instrument, appliqué dans cette région, présente un grand inconvénient, c'est la difficulté qu'on éprouve à limiter son action. Aussi est-il arrivé, même à des chirurgiens habiles, de pénétrer involontairement dans la cavité péritonéale. Quoique cet accident ne soit pas fatalement mortel, il n'en est pas moins redoutable et doit être évité à tout prix, surtout quand il s'agit d'une affection qui ne présente par elle-même aucun danger pour la vie. On a conseillé de traverser les tissus par deux aiguilles placées en croix, et créant ainsi un point d'arrêt à la chaîne de l'écraseur. Pour placer ces aiguilles, il faut la plupart du temps opérer des tractions sur l'utérus, même quand l'extrémité du museau de tanche fait saillie à la vulve. C'est là une manœuvre qui peut avoir des conséquences funestes[1].

[1] D'après Chassaignac, il faut circonscrire la tumeur en y passant d'avant en

Le meilleur de tous les procédés d'amputation du col, dans le cas d'élongation de la portion sous-vaginale, nous paraît être l'anse galvanocaustique. Celle-ci est plus facile à manier que la chaîne de l'écraseur et, chauffée au rouge sombre, elle sectionne les tissus sans donner lieu à aucune hémorrhagie. Le fil de platine formant un anse est porté par les index des deux mains le long de la paroi vaginale antérieure jusqu'au cul-de-sac correspondant. Les deux côtés de l'anse entourent le col et vont se rejoindre dans le cul-de-sac postérieur. Après avoir ainsi convenablement placé le fil de platine au point où doit porter la section, on serre au moyen d'un petit treuil sur lequel viennent s'enrouler les deux bouts. Souvent il est difficile d'empêcher le fil de glisser, à cause de la forme conique du col. L'instrument du docteur Chéron (fig. 68) nous paraît à ce point de vue présenter de grands avantages, pour les cas dont nous nous occupons en ce moment.

Les deux extrémités du fil de platine sont mises en rapport avec les rhéophores et l'on fait passer le courant d'une pile au bichromate de potasse, en ayant soin que le fil ne soit pas chauffé au delà du rouge sombre. Il n'y a plus qu'à serrer pour sectionner les tissus interposés à l'anse de platine.

Quand l'opération est terminée, on examine la surface de section, et après l'avoir détergée par une injection froide, on cautérise les points qui pourraient donner du sang.

Quelques gynécologistes ont proposé de placer une ligature à la partie supérieure du museau de tanche et d'amputer au-dessous de ce point[1]. Nous n'avons pas eu l'occasion

arrière un trocart courbe, autour duquel on jette une chaîne d'écraseur, on évitera ainsi de toucher le péritoine. Pozzi, *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris, 1875, p. 111.

[1] Schrœder, *loc. cit.*, p. 74.

oir employer cette méthode, dont la conception nous lt logique.

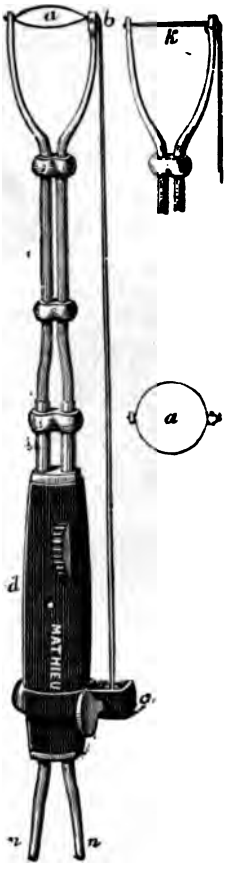


Fig. 68. — Galvano-cautère du docteur Chéron.

formée par le fil de platine. — *b*. Galet vertical sur lequel passe le fil. — *n. n*. Tiges destinées être mises en rapport avec les rhéophores. — *k*. Les deux parties du fil rapprochées.

la section a été pratiquée au moyen de l'instrument :hant, on doit en recouvrir la surface avec la mu-se, soit qu'on rapproche par quatre points de suture

les lèvres de la plaie (fig. 69), en ayant soin de laisser une ouverture correspondant à l'orifice externe (fig. 70). Soit

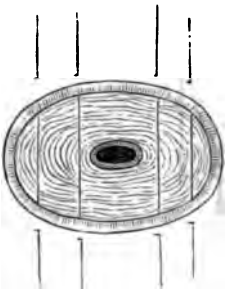


Fig. 69. — Procédé de Sims : fils destinés à rapprocher les bords de la plaie.

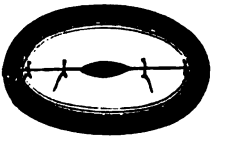


Fig. 70. — Procédé de Sims : les fils étant liés.

qu'on réunisse la muqueuse cervico-vaginale à celle qui revêt le canal cervical (fig. 71). Ce second procédé nous

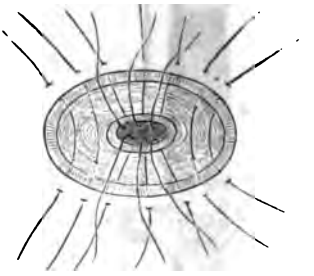


Fig. 71. — Fils destinés à réunir la muqueuse cervico-vaginale à celle qui revêt le canal cervical (procédé d'Hégar).

paraît préférable, aussi bien au point de vue des hémorrhagies secondaires que des rétrécissements consécutifs.

2° Hypertrophie du segment sus-vaginal.

C'est principalement sur cette variété d'élongation qu'Huguier a appelé l'attention dans son mémoire. C'est en effet la plus importante, à cause des accidents qu'elle amène, et des

difficultés opératoires créées par le voisinage de la vessie et du cul-de-sac postérieur, toujours entraînés par la partie hypertrophiée.

Anatomie pathologique. — Ici, comme nous l'avons dit (fig. 64, *c. c*), l'hypertrophie porte sur le segment du col situé au-dessus de l'insertion du vagin, et souvent aussi sur une petite partie du corps de l'utérus, dans le voisinage de l'isthme[1].

Le museau de tanche fait saillie à la vulve, comme dans

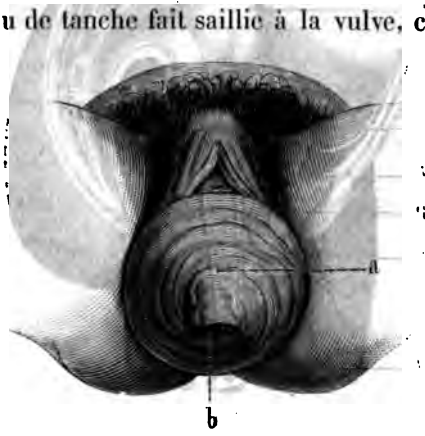


Fig. 72. — Hypertrophie du segment sus-vaginal.

a. Partie hypertrophiée faisant saillie à la vulve. — b. Orifice du col.

le prolapsus (fig. 72), tandis que le fond de l'utérus a gardé sa situation normale : quoiqu'à la longue il puisse y avoir un certain degré d'abaissement.

Quelle que soit l'origine de cet allongement, le vagin accompagne toujours la portion herniée.

Nous voyons qu'il existe une différence très-grande entre la première forme et celle-ci.

[1] Dans les cas de ce genre où nous avons fait l'examen histologique de cols hypertrophiés et amputés, il existait une hyperplasie de tous les tissus entrant dans la structure de l'utérus, muscles, glandes, tissu conjonctif, sans que leurs rapports réciproques parussent modifiés d'une façon notable.

En effet, nous rencontrons, dans ce cas-ci, à l'orifice vulvaire, une tumeur formée en avant par la vessie, en arrière par le cul-de-sac péritonéal postérieur et quelquefois par des anses intestinales, et au milieu par le col hypertrophié (fig. 73).

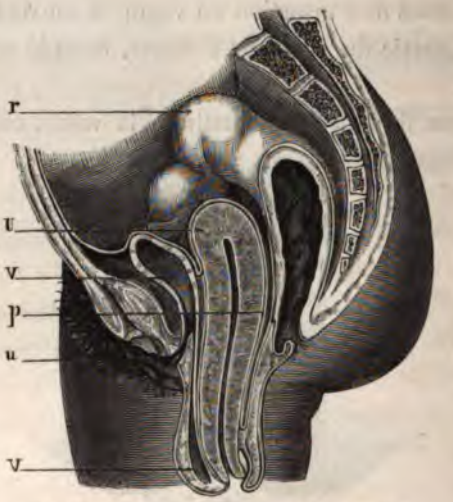


Fig. 73. — Hypertrophie du segment sus-vaginal.
r. Rectum. — U. Utérus. — v. v. Vessie. — p. Péritoine. — u. Urètre.

Symptômes. — Les symptômes de cette variété d'élongation ressemblent également à ceux du prolapsus.

Les malades accusent des douleurs lombaires, un sentiment de pesanteur dans le bassin et comme un besoin constant d'expulser un corps étranger. Les liquides qui s'écoulent de l'utérus et du vagin sont causes d'excoriations et d'ulcérations dans la région vulvaire ou à la face interne des cuisses.

Virchow décrit cette affection sous le nom de prolapsus sans abaissement du fond de l'utérus.

La menstruation est quelquefois normale, plus souvent au contraire elle est troublée.

La modification qu'on observe le plus fréquemment est une augmentation dans la quantité du flux cataménial. Dans bien des cas, on rencontre des femmes atteintes d'hypertrophie de la partie sus-vaginale du col, chez lesquelles les règles continuent à se montrer longtemps après l'âge ordinaire de la ménopause.

Les complications du côté de la vessie, que nous observons assez fréquemment dans le prolapsus, sont plus rares dans l'allongement hypertrophique. Souvent en effet, dans ce dernier, l'augmentation de volume du col comprime le diverticulum formé par la partie herniée de la vessie. Sous l'influence de cette compression, l'urine n'arrive pas jusque dans cette espèce de cul-de-sac, et si l'on pratique le cathétérisme, la sonde n'y pénètre que difficilement.

A l'autopsie on a trouvé cette portion de la vessie absolument vide. C'est à cela qu'on peut attribuer la rareté plus grande des accidents urinaires dans l'élongation que dans le prolapsus.

Quand le col hypertrophié donne lieu à la rétention d'urine ou empêche la défécation, c'est ordinairement par la pression directe qu'il exerce sur l'urèthre ou le rectum.

Diagnostic. — On doit se demander d'abord si l'élongation est primitive ou secondaire. Quelquefois la situation du vagin par rapport à l'utérus peut donner des indications à ce sujet. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette question est difficile à résoudre. Du reste elle ne présente pas grand intérêt au point de vue pratique.

C'est cette forme qu'on confond le plus souvent avec le prolapsus. Cependant l'erreur n'est guère possible avec un peu d'attention.

D'abord l'hystéromètre nous indique que l'utérus au lieu de 6, 7, 8 centimètres qu'il mesure à l'état normal, ou

même quand il y a dilatation de sa cavité dans les cas de métrite, atteint ici une longueur de 12, 15 et même 20 centimètres.

Les différences dans le mode de réduction fournissent aussi des signes caractéristiques. Dans le prolapsus, le premier temps de la réduction est souvent difficile, impossible même dans certains cas, surtout au moment des règles. Au contraire, le second temps est facile, et dès que l'utérus a franchi l'anneau vulvaire, il remonte, pour ainsi dire, de lui-même vers sa situation normale. En outre, les femmes sont soulagées, et l'organe peut être maintenu par un pessaire. Au contraire, dans l'allongement du col, la réduction est facile jusqu'à ce que le museau de tanche arrive à l'entrée du vagin. Mais pour le ramener à sa position normale, on éprouve une résistance considérable, et on sent le fond de l'utérus au-dessus du pubis tandis que son extrémité inférieure est encore à la vulve. En même temps les malades se plaignent d'éprouver un certain malaise, souvent même de véritables douleurs.

Pronostic. — Comme nous l'avons déjà dit au commencement de ce chapitre, l'élongation du segment sus-vaginal est la forme la plus grave de cette affection, quoiqu'elle ne compromette que rarement par elle-même la vie des malades. Mais si elle n'a pas grande influence sur la durée de la vie, les conditions de l'existence subissent, de son fait, de biens tristes modifications. En outre, les opérations qu'on peut tenter pour obtenir la guérison présentent d'assez grands dangers.

Étiologie. — Quoique cette hypertrophie se développe, comme la précédente, sous des influences peu connues, dans certains cas elle est consécutive à un prolapsus du vagin. Cette cause, déjà signalée par Cruveilhier, a été dernièrement remise en lumière par Spiegelberg.

Le vagin, en se portant vers l'orifice vulvaire, tiré dans tous les sens sur le col à son point d'insertion. Si l'utérus n'est pas solidement fixé, si les ligaments sont distendus ou ramollis, cette traction prolongée et continue amène le prolapsus. Si, au contraire, les ligaments sont sains et que l'organe soit solidement maintenu à sa place, il y a allongement, et non seulement allongement, mais augmentation de volume. Cette dernière modification est presque toujours secondaire.

Dans d'autres cas, l'élongation est le phénomène initial, et celle-ci, en s'accentuant de plus en plus, entraîne le vagin vers la région vulvaire. C'est surtout alors que les parois vaginales sont tendues et se portent directement de l'orifice utérin à leurs insertions pelviennes. Il n'y a plus de culs-de-sac, ni de saillie du museau de tanche, et c'est au-dessus de cette espèce de diaphragme qu'on rencontre le col hypertrophié, mince, allongé, fusiforme, et donnant aux doigts qui le pressent une sensation de résistance.

Cette variété d'élongation s'observe plus ordinairement chez des femmes ayant eu plusieurs enfants, et on a considéré les accouchements répétés et laborieux comme une cause prédisposante. On a également invoqué, à ce point de vue, le tempérament lymphatique, l'embonpoint exagéré, les professions qui forcent à travailler longtemps debout. Il n'en est pas moins vrai que l'étiologie de cette affection est encore très obscure.

Traitement. — L'impossibilité de réduire l'utérus et de le maintenir réduit transforme cette variété d'hypertrophie en une grave infirmité.

Si l'augmentation de volume n'est pas trop considérable, on arrive à obvier aux principaux accidents, au moyen d'une réduction incomplète, maintenue par des pessaires plats prenant leurs points d'appui sur les parties latérales du va-

gin et du bassin, sans comprimer le rectum et la vessie.

On a pu quelquefois obtenir la réduction et la maintenir, en amenant une antéflexion complète. Ce résultat heureux doit être considéré comme tout à fait exceptionnel.

Enfin, dans les cas extrêmes, il ne reste pas d'autre moyen de traitement que l'amputation conoïde du col, décrite et patronnée par Huguier. Mais le voisinage de la vessie en avant, et du péritoine en arrière, rend cette opération difficile et dangereuse.

Elle est destinée à retrancher, non seulement la portion

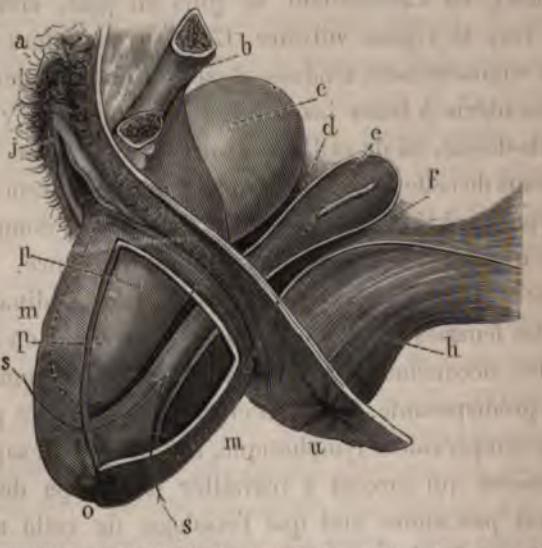


Fig. 74.—Amputation conoïde (d'après Huguier). La figure indique les rapports de l'utérus avec la vessie et le péritoine, un lambeau de la surface de la tumeur ayant été enlevé.

a. Mont de Vénus. — b. Symphyse pubienne. — j. Grandes lèvres. — c. Partie supérieure de la vessie. — p. p. Partie inférieure de la vessie. — e. Utérus. — d. Cul-de-sac péritonéal antérieur. — r. Cul-de-sac péritonéal postérieur. — h. Rectum. — u. Anus. — m. m. Parois du vagin. — o. Orifice du col.—s. s. Ligne indiquant la route suivie par le bistouri dans l'épaisseur du tissu utérin. (Les lignes ponctuées indiquent la limite de la vessie en avant et du cul-de-sac péritonéal en arrière.)

vaginale, mais encore une partie du segment sus-vaginal (fig. 74).

La femme étant placée dans le décubitus dorsal, les

jambes et les cuisses fléchies et écartées comme pour l'examen au spéculum, on saisit le col avec des pinces de Museux que l'on confie à un aide. L'index gauche introduit dans le rectum et recourbé en avant vient faire saillie à la partie inférieure de la tumeur. C'est là un point de repère qui permet d'éviter de blesser le cul-de-sac péritonéal. En avant de ce point, on pratique une incision courbe à concavité postérieure, de 3 à 4 millimètres de profondeur, embrassant la moitié postérieure du col utérin, puis par de petits coups lents et dirigés obliquement on arrive peu à peu jusqu'à la cavité cervicale. On introduit ensuite dans la vessie une sonde d'homme, dont le bec est senti à la partie la plus déclive du diverticulum formé par le réservoir urinaire. A 1 centimètre au-dessous de ce point, on fait une deuxième incision semi-lunaire à concavité antérieure, qui ira rejoindre la première (fig. 74, s. s). La partie enlevée présente ainsi la forme d'un cône, dont la base correspond à l'extrémité inférieure du col.

Si, pendant l'opération, des vaisseaux donnent du sang, comme il est difficile de porter une ligature dans un tissu aussi dense que celui de l'utérus, Huguier conseille de traverser le point d'où provient l'hémorrhagie avec une épingle recourbée sur laquelle on étreint les tissus, comme dans les ligatures faites à l'aide du tenaculum. L'épingle privée de sa pointe sera laissée en place, jusqu'à ce qu'elle tombe spontanément.

L'opération terminée, il faut réduire ce qui reste de la tumeur et introduire une mèche de charpie dans le vagin, le tout maintenu par un bandage en T.

Kehrer[1] a modifié le procédé d'Huguier, en taillant deux lambeaux latéraux qu'on réunit ensuite par quelques points de suture. Il conseille en outre des injections quotidiennes avec un liquide contenant 2/100 d'acide phénique.

[1] *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. X, p. 31.

3° Hypertrophie du segment moyen.

Nous avons vu que la partie moyenne du col (fig. 64, b. b) est intra-vaginale en arrière et sus-vaginale en avant. Cette portion peut s'hypertrophier isolément, et, quoiqu'on ait rarement appelé l'attention sur elle, ce serait, d'après quelques auteurs, une des formes les plus fréquentes d'élongation.

Anatomie pathologique. — L'utérus atteint, dans ces cas, jusqu'à 15 centimètres de long (fig. 75). Dans ceux où l'exa-

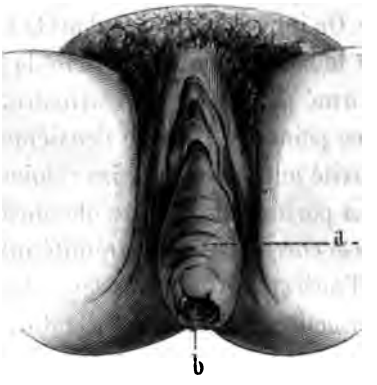


Fig. 75. — Hypertrophie du segment moyen.

a. Partie hypertrophiée saillante à la vulve. — b. Orifice du col.

men histologique a été fait, la partie allongée du col était presque uniquement formée de tissu conjonctif. A peine y rencontrait-on quelques fibres musculaires (Crevet). Le rapport des parties est ici tout différent de ce qu'il est dans les deux autres variétés d'élongation.

La vessie est entraînée très bas au devant de la tumeur. Le cul-de-sac vaginal antérieur a presque disparu, tandis qu'en arrière le vagin et le cul-de-sac postérieur ont conservé leur situation et leur longueur normale (fig. 76).

Symptômes. — Les symptômes subjectifs de cette forme

d'allongement sont les mêmes que ceux des deux autres : nous n'avons donc pas à y insister.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile, puisque l'on constate

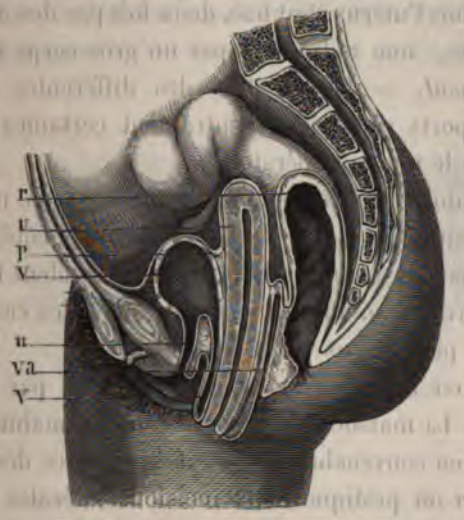


Fig. 76. — Hypertrophie du segment moyen.

r. Rectum. — U. Utérus. — p. Péritoine. V. V. Vessie formant un diverticulum. — u. Urèthre. — va. Paroi postérieure du vagin ayant conservé sa longueur normale.

le prolapsus complet de la partie antérieure du vagin, tandis que le cul-de-sac postérieur n'a rien perdu de ses dimensions et de sa profondeur ordinaires.

Pronostic. — La gravité du pronostic occupe une place intermédiaire entre les deux variétés précédentes d'élongation. Plus grande que dans l'hypertrophie du segment vaginal, elle est moindre que dans la forme sus-vaginale, les opérations qu'elle entraîne étant beaucoup moins sérieuses.

Étiologie. — Ordinairement cette affection est consécutive à un abaissement de la paroi antérieure du vagin qui amène l'allongement de la lèvre correspondante, et peu à peu aussi de la lèvre postérieure. Cette variété d'élongation

hypertrophique ne s'accompagne pas de prolapsus utérin, tandis que les deux autres sont souvent compliquées d'un certain degré d'abaissement. Dans sept cas observés par Schroeder, trois fois l'utérus était fixé, deux fois par des adhérences péritonéales, une autre fois par un gros corps fibreux.

Traitement. — La situation des différentes parties et leurs rapports réciproques entraînent certaines modifications dans le manuel opératoire.

La possibilité où l'on est, dans ces cas-ci, de mieux connaître la situation de la vessie, d'un autre côté, l'absence de péritoine au voisinage de la tumeur, rendent l'opération moins grave et moins difficile que dans les cas d'élongation de la portion sus-vaginale[1].

Voici, en résumé, le procédé indiqué par Schroeder (fig. 77)[2]. La malade étant anesthésiée et maintenue dans une position convenable, on saisit le col avec des pinces de Museux, et on pratique deux incisions latérales jusqu'à la hauteur où la section doit atteindre la lèvre postérieure. Celle-ci sera séparée au moyen de deux incisions se rejoignant sous un certain angle, de sorte que la partie enlevée ait la forme d'un coin (fig. 77). Les deux lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées par quelques points de suture. Les fils doivent pénétrer profondément dans le tissu utérin, de façon à venir ressortir le plus près possible du sommet de l'angle, pénétrer de nouveau sur le point opposé pour se faire jour à la surface postérieure. Il ne reste plus alors qu'à lier les deux bouts.

Pour sectionner la lèvre antérieure, on commence l'incision à un centimètre au-dessous du diverticulum vésical, dont on fixe exactement la situation au moyen d'une sonde d'homme introduite dans le réservoir urinaire (fig. 77).

[1] Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, p. 9, t. V.
[2] *Loc. cit.*, p. 84.

puis on dirige la section obliquement de bas en haut et d'avant en arrière jusqu'au niveau du point où a porté l'amputation de la lèvre postérieure.

On applique également des points de suture, avec la seule différence que l'aiguille doit ressortir vers la partie moyenne de

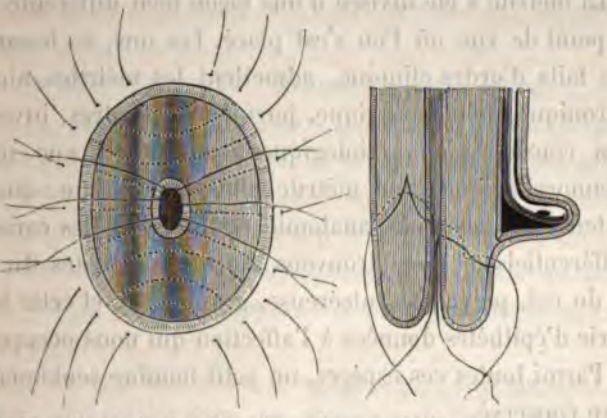


Fig. 77. — Amputation du col dans le cas d'hypertrophie du segment moyen.

Coupes longitudinale et transversale indiquant la ligne de section et le trajet des fils (les lignes ponctuées indiquent leurs trajets dans l'épaisseur des tissus).

la surface de section et piquer de nouveau pour se porter en arrière et aboutir un peu au-dessus du bord de la muqueuse sectionnée. Quand on a ainsi suturé isolément les deux lèvres, on réunit les angles de la plaie par quelques autres points.

Plusieurs chirurgiens ont proposé, pour mieux se rendre compte des rapports de la vessie avec le col, de dilater préalablement l'urèthre avec la laminaria, au point d'y introduire le doigt. Cette pratique ne nous paraît pas nécessaire, et les indications fournies par le bec du cathéter sont presque toujours suffisantes. Pour éviter les hémorrhagies auxquelles expose ce procédé opératoire, Schrœder conseille de placer une ligature fortement serrée au-dessus du point où on doit opérer. La méthode des sutures profondes diminue beaucoup les chances d'une hémorrhagie secondaire.

DE LA MÉTRITE

De la métrite en général.

La métrite a été divisée d'une façon bien différente selon le point de vue où l'on s'est placé. Les uns, se basant sur des faits d'ordre clinique, admettent les métrites aiguë et chronique, hémorrhagique, purulente. D'autres, invoquant des considérations étiologiques, ont décrit une métrite blennorrhagique, une métrite puerpérale. Enfin, quelques auteurs ont invoqué l'anatomie pour établir des caractères différentiels, et nous trouvons alors les métrites du corps et du col, polypeuse, ulcéreuse, granuleuse, et cette longue série d'épithètes données à l'affection qui nous occupe.

Parmi toutes ces espèces, un petit nombre seulement doit être conservé.

D'abord, quand il s'agit de classification, nous ne devons jamais oublier qu'il n'en existe pas dans la nature. La classification est une vue de l'esprit, qui nous représente comme séparés les uns des autres des objets qui ne le sont pas en réalité. C'est un moyen nécessaire pour offrir à la pensée certains points de repère, permettant de mieux décrire, et de mieux comprendre par conséquent les phénomènes que nous observons.

Mais ces points de repère ne sont utiles qu'à la condition d'être précis, faciles à retrouver; et rien n'obscurcit plus une question que l'abus de la classification et la multiplicité d'espèces mal définies.

Aussi peut-on dire que c'est là un des chapitres les plus confus de la pathologie des organes génitaux de la femme. Cette obscurité tient à une série de causes, dont la principale consiste en ce que, la métrite entraînant rarement la

mort, on n'a étudié qu'exceptionnellement les lésions qui la constituent.

C'est certainement cette ignorance anatomique, qui a amené les auteurs à distinguer plusieurs espèces d'inflammations utérines, dont les altérations sont toutes à peu près identiques et peuvent se trouver réunies sur un même organe.

Les métrites catarrhale, hémorrhagique, villeuse, granuleuse, polypeuse, et une quantité d'autres formes décrites par différents gynécologistes, ne sont pas des affections distinctes, mais bien des manifestations variables d'une même affection. Beaucoup d'auteurs ont également séparé de la métrite et décrit comme des états pathologiques indépendants la plupart des signes qui nous servent à la caractériser.

C'est ainsi que la fluxion, la congestion, l'engorgement de l'utérus, sont traités dans des chapitres distincts. Et quand on veut se rendre compte des caractères qui permettent de séparer les uns des autres ces divers états morbides, on voit qu'il n'en existe pas en réalité. Car nous ne pouvons considérer comme tels « l'augmentation de volume du col, bien autrement marquée dans la métrite que dans la congestion, » ou « la présence d'ulcérations, lesquelles d'ailleurs ne sont rien moins que constantes[1] ».

Nous ne confondons pas, pour cela, la congestion et l'inflammation, qui représentent des processus pathologiques différents.

Mais, dans l'état actuel de la science, il ne nous paraît pas possible, pour l'utérus, d'établir une distinction anatomique ou symptomatique entre les deux. C'est ce qui nous a engagé à les réunir dans une même description,

[1] Aran, *loc. cit.*, p. 399.

avec d'autant plus de raison que l'une n'est souvent que la première phase de l'autre.

Les anciens cliniciens avaient depuis longtemps constaté ces faits, démontrés d'une façon plus nette et plus précise par les expérimentateurs modernes. Quand on étudie l'inflammation provoquée dans le mésentère de la grenouille, soit, encore mieux, dans le poumon du même animal, au moyen de l'ingénieux appareil d'Holmgren, on voit, à la suite de l'irritation, la circulation se ralentir, puis s'arrêter dans les capillaires, et enfin les globules blancs du sang sortir des vaisseaux et infiltrer les tissus voisins.

Si l'irritation cesse, la circulation reprend son cours et tout rentre dans l'ordre. Si, au contraire, l'excitation continue, l'inflammation s'accentue de plus en plus. Les éléments infiltrés, trop nombreux pour être repris par la circulation, subissent la dégénérescence graisseuse et arrivent à former du pus.

Sous l'influence du processus inflammatoire, on observe, outre ces phénomènes vasculaires proprement dits, une participation des éléments extra-vasculaires préexistants, qui se gonflent, peuvent présenter des mouvements amiboïdes et prolifères [1].

Les arguments qui nous ont engagé à rapprocher la congestion de l'inflammation pourraient, pour la plupart, se rapporter également à ce que quelques auteurs ont décrit sous le nom vague d'engorgement [2].

Nous ne voulons pas pousser plus loin cette incursion dans le domaine de la pathologie générale. Il était cependant nécessaire d'indiquer les raisons qui nous ont engagé

[1] Voyez, au sujet de la pathogénie de l'inflammation, les leçons de M. Charcot, dans le *Progrès médical*, 1877, p. 800.

[2] Voyez, à propos de l'engorgement, *Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine*, par Lucas-Championnière (*Arch. de tocologie*, 1875, t. II, p. 529)

à ne pas décrire, comme des affections distinctes, une série de manifestations morbides dont l'ensemble constitue l'état pathologique que nous désignons sous le nom de *métrite*.

Quand l'utérus est atteint de métrite, le plus souvent tout l'organe est malade, la muqueuse aussi bien que les tissus qu'elle recouvre, le corps comme le col, souvent même le revêtement péritonéal. Néanmoins il n'est pas douteux que les lésions puissent, dans certains cas, sans se limiter, dans le sens précis du mot, à la muqueuse ou au parenchyme, à la cavité du corps ou à celle du col, prédominer sur un de ces points, et selon ces prédominances les symptômes cliniques diffèrent.

En outre, quoiqu'on ne l'ait pas constaté anatomiquement, il est possible, surtout dans les formes chroniques, qu'on rencontre dans l'utérus l'inflammation uniquement bornée aux éléments épithéliaux, comme on l'a observé pour d'autres organes[1].

Mais c'est là une hypothèse qui n'a pas été confirmée jusqu'à présent, par le résultat de nos recherches, dans les cas où nous avons eu l'occasion d'étudier les altérations *histologiques* de la métrite.

Nous diviserons d'abord la métrite en *aiguë* et *chronique*.

DE LA MÉTRITE AIGUË.

La métrite aiguë, en dehors de l'état puerpéral, est une affection rare. Son existence a même été mise en doute par quelques auteurs[2]. Ce doute ne paraît pas possible aujourd'hui. Et nous croyons avoir observé des cas de métrite

[1] Voyez à ce sujet les leçons de M. Charcot, *Progrès médical*, 1878, p. 83.

[2] M. A. Guérin considère, au contraire, la métrite aiguë comme une affection fréquente en dehors de l'état puerpéral, principalement chez les femmes vierges d'enfants (*Ann. de Gyn.*, 1874, t. II, p. 9).

aiguë, quoique leur terminaison favorable n'ait pas laissé contrôler le diagnostic clinique par un examen nécroscopique.

Dans la plupart des traités de gynécologie, on divise la métrite en interne ou muqueuse, et parenchymateuse. Si cette classification peut être conservée pour la forme chronique, par des raisons que nous exposerons plus tard, nous la croyons non seulement inutile, mais complètement illusoire, pour la métrite aiguë.

Comment admettre, en effet, qu'une muqueuse aussi mince que la muqueuse utérine puisse présenter des lésions consécutives à un état aigu, sans que les tissus qui la supportent soient eux-mêmes malades? Comment admettre que les glandes soient atteintes, sans qu'on observe en même temps une altération de leurs gaînes lymphatiques, qui communiquent si largement avec les espaces lymphatiques du parenchyme, ainsi que l'anatomie normale nous l'a montré?

Anatomie pathologique. — La métrite aiguë affecte ordinairement le corps et le col de l'utérus, ordinairement plus le corps que le col.

On trouve l'organe augmenté de volume. Le tissu est ramolli, d'une couleur plus rouge et plus foncée qu'à l'état sain et parsemé irrégulièrement de points colorés en jaune. Les vaisseaux sont dilatés et gorgés de globules sanguins. Tous les tissus sont infiltrés d'éléments embryonnaires.

La muqueuse est le siège d'une rougeur plus ou moins vive, tantôt uniforme, tantôt, et le plus souvent, constituée par des arborisations vasculaires très fines ou par de véritables ecchymoses. L'épithélium normal de revêtement a disparu et les glandes dilatées plongent dans un tissu embryonnaire. Une certaine quantité d'un liquide jaunâtre, purulent, fréquemment teinté de sang, se trouve contenu dans l'utérus.

qui est en général dilaté[1]. L'orifice de communication des deux segments est assez largement ouvert et permet au mucus du corps de pénétrer facilement dans le col.

La cavité cervicale peut participer à l'inflammation du corps utérin. Ce fait n'est pas constant, et on voit quelquefois les lésions inflammatoires s'arrêter brusquement à l'orifice interne et ne pas s'étendre au delà. D'où il suit que le parenchyme du col présente des lésions moins accentuées que celui du corps.

C'est surtout chez les vierges que cette disposition existe.

Souvent, dans la métrite aiguë, la surface externe du museau de tanche présente de la rougeur, souvent aussi des érosions, et sur les points érodés un développement remarquable des papilles.

Les abcès de l'utérus sont rares. Quelques cas, cependant, ont été observés; un en particulier relaté en détail par Scanzoni[2]. Quant aux soi-disant abcès utérins diagnostiqués pendant la vie et ouverts spontanément dans le rectum ou le vagin, il est beaucoup plus logique d'admettre, dans ces cas, l'existence de collections purulentes extra-utérines, si fréquentes à la suite des lymphangites. Nous reviendrons sur ces faits à propos de la pelvipéritonite.

La rareté des collections purulentes dans l'utérus ne doit pas nous surprendre. Les abcès sont relativement rares dans les muscles[3]. En outre, son tissu conjonctif est très dense, pauvre en éléments cellulaires. On comprend que cet organe éminemment contractile chasse le pus contenu dans

[1] Cette dilatation, admise par Aran, a été rejetée par M. Guérin, qui croit plutôt à une diminution de la cavité utérine sous l'influence de la métrite aiguë (Guérin, *Ann. de Gyn.*, *loc. cit.*, p. 6).

[2] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 148.

[3] Sauf cependant les abcès métastatiques, dans l'infection purulente par exemple.

ses lacunes et ses fentes, et que celui-ci se porte tout naturellement aux deux extrémités libres du système lymphatique, la cavité utérine ou le péritoine.

On peut trouver comme complications de la métrite aiguë les lésions d'une vaginite, d'une cystite, d'une rectite, d'une inflammation de la trompe ou du péritoine.

Les plus communes sont celles du vagin qui, dans un assez bon nombre de cas, précèdent la métrite, dont elles ont été le point de départ.

Cet organe est alors d'un rouge foncé, ses rides sont plus marquées qu'à l'état normal. Sa surface devient papilliforme et donne au doigt, dans le toucher, une sensation que l'on a comparée à celle produite par une langue de chat. Cette disposition est moins appréciable avec le spéculum. Nous avons déjà eu l'occasion de nous étendre sur l'anatomie pathologique de ce genre de lésions, à propos de la vaginite.

Symptômes. — La métrite aiguë débute souvent par un frisson. Ce symptôme est moins constant et n'atteint pas le même degré d'intensité dans la forme aiguë simple que dans le métropéritonite puerpérale, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, son histoire concernant plutôt les traités d'accouchement.

Les malades atteintes de métrite aiguë présentent une température élevée, leur pouls est fréquent, en un mot on constate chez elles un état fébrile plus ou moins intense. Elles accusent une douleur hypogastrique s'irradiant dans la région lombaire. Souvent elles se plaignent d'une sensation de chaleur ardente à l'hypogastre, propagée jusqu'au vagin et à la vulve, sensation que M. Courty considère comme caractéristique.

Les vomissements sont rares s'il n'y a pas de complication du côté du péritoine. On observe quelquefois de la constipa-

tion, plus souvent de la diarrhée. Les selles sont douloureuses et suivies d'un ténesme très pénible. Il en est de même pour l'émission de l'urine.

La menstruation est diversement influencée, et presque toujours accompagnée de phénomènes douloureux. Tantôt il y a suppression des règles. D'autres fois au contraire l'écoulement sanguin est exagéré, il y a de véritables ménorrhagies. Dans d'autres cas, enfin, il est peu abondant, mais se prolonge bien au delà de la durée ordinaire.

Outre ces flux sanguins, variables, comme nous venons de le voir, il existe un écoulement mucopurulent ou purulent produit souvent en quantité notable, et qui constitue un des principaux caractères de la métrite.

Le ventre présente un certain degré de ballonnement, dû à de la tympanite intestinale. La palpation superficielle des parois abdominales est facilement supportée.

En associant le palper et le toucher, on peut s'assurer que l'utérus est sensible à la pression, que son volume est augmenté, sans que, cependant, le fond de l'organe s'élève beaucoup au-dessus du pubis. Son tissu paraît ramolli. Ses dimensions sont souvent mieux appréciées par le toucher rectal.

Le col est gros, saillant, œdémateux, l'orifice entr'ouvert.

Le doigt porté dans le vagin constate une augmentation de la température, quelquefois de la sécheresse, plus souvent un écoulement abondant.

Si l'introduction du spéculum n'est pas trop douloureuse et qu'on puisse y avoir recours, on observera la rougeur de toutes les parties. Le col est turgide, violacé. L'orifice externe laisse écouler un liquide puriforme ou tout à fait purulent. Souvent il existe des érosions ou même des ulcé-

rations, à surface tantôt lisse, tantôt granulée, saignant au moindre contact.

En général, dans la métrite aiguë, on fait mieux de s'abstenir de l'examen au spéculum, dont l'application est toujours plus ou moins pénible.

D'après Aran, l'intensité des douleurs serait moindre quand les lésions sont plus accentuées du côté de la muqueuse, et d'autant plus développée que le parenchyme serait lui-même plus profondément atteint. Cette opinion d'Aran n'étant basée sur aucun examen nécroscopique demande à être confirmée par de nouveaux faits.

Diagnostic. — Le palper et le toucher combinés nous permettent de constater l'augmentation de volume et le degré de sensibilité de l'utérus. Ces signes, joints à la profondeur et à la consistance normale des culs-de-sac vaginaux, différencient la métrite aiguë de la pelvipéritonite, à la condition, toutefois, que les deux affections ne se trouvent pas réunies.

Les corps fibreux et les kystes de l'ovaire au début pourraient plutôt se confondre avec la métrite chronique. C'est donc après en avoir décrit les caractères que nous en ferons le diagnostic différentiel.

L'usage de l'hystéromètre doit être absolument rejeté comme moyen d'exploration, dans la période d'acuïté.

Pronostic. — La métrite aiguë non puerpérale guérit le plus souvent, après une durée qui varie de deux à quatre semaines.

Elle présente cependant certains dangers, par la possibilité des accidents péritonéaux. D'autres fois elle passe à l'état chronique.

Étiologie. — Cette affection est presque toujours consécutive à un accouchement ou à un avortement. Les imprudences trop tôt après les couches, les fatigues de tout genre,

les rapprochements sexuels dans ces mêmes conditions, jouent un rôle important dans l'étiologie de l'affection dont nous nous occupons en ce moment. On a considéré la suppression brusque des règles par l'action du froid comme une cause fréquente de métrite aiguë.

Celle-ci peut également être consécutive à des accidents dysménorrhiques. En tout cas, il faut que le sujet présente une disposition individuelle bien spéciale, vu la fréquence des diverses formes de dysménorrhée et la rareté relative de la métrite aiguë[1]. Les instruments introduits dans la cavité utérine, les redresseurs, les pessaires intra-utérins, en sont aussi quelquefois le point de départ.

On a invoqué les excès de coït, la masturbation, comme causes de métrite aiguë.

Dans certaines circonstances, la blennorrhagie vaginale se propage vers la cavité utérine et amène, en outre, des accidents du côté du péritoine. On a rapporté des observations de ce genre dans lesquelles, à l'autopsie, on trouva les trompes saines, ce qui prouvait que ce n'était pas par elles et par continuité que l'inflammation avait gagné la séreuse.

Ces faits ne doivent plus nous surprendre aujourd'hui, grâce aux notions plus précises qu'on possède sur le système lymphatique de l'utérus, notions dont nous aurons si souvent l'occasion de constater l'importance.

Traitement. — Le traitement de la métrite aiguë diffère selon la période de la maladie que l'on observe. Au début, si la fièvre et les douleurs sont intenses, on peut avoir recours aux émissions sanguines au moyen de sangsues (15 à 20) appliquées sur l'abdomen. La saignée générale, conseillée autrefois, doit être absolument rejetée.

[1] Nous avons déjà rappelé plus haut que M. A. Guérin considère la métrite aiguë comme une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en général.

Les bains complets tièdes, prolongés pendant deux et même trois heures, sont un puissant moyen de sédation, de beaucoup préférable aux bains de siège. La glace contenue dans un sac de caoutchouc, ou introduite en petits morceaux dans des cataplasmes, trouve ici son indication.

On aura soin de soutenir la vessie pleine de glace avec des rouleaux de linge placés latéralement, pour que son poids ne se fasse pas sentir trop fortement sur les parois abdominales.

En outre, il faudra séparer les téguments de l'appareil réfrigérant à l'aide d'une compresse mouillée. Sans cette précaution on s'exposerait à produire une eschare par congélation, accident qui a été souvent observé.

On associera à ces moyens des onctions avec divers liniments ou pommades[1] et l'administration à l'intérieur de l'opium sous forme pilulaire ou en injections hypodermiques[2].

S'il y avait de la constipation, l'opium pourrait être

[1] Frictions pendant 10 minutes avec 15 à 20 grammes de la pommade suivante :

Onguent napolitain . . .		30 grammes.
Extrait de belladone. . .	aa	5 —
Extrait d'opium.		

ou avec le liniment suivant :

Chloroforme	8 grammes.
Huile d'amandes douces . . .	30 —

Ajoutez

Teinture d'opium	4 —

Agitez.

[2] Nous employons ordinairement pour les injections hypodermiques la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine . .	0,50 centigr.

faire dissoudre dans

Eau distillée	20 grammes.

ajoutez

Glycérine (pure).	5 —

On commence par tâter la sensibilité du malade en injectant 10 gouttes de la solution, c'est-à-dire 1 centigramme du principe actif.

remplacé par le chloral, et l'on recommanderait l'usage des laxatifs ou de certains purgatifs[1]. S'il existait, au contraire, de la diarrhée, les préparations opiacées rempliraient un double but.

Outre l'introduction du médicament par la bouche ou le tissu cellulaire sous-cutané, on aura recours aux lavements laudanisés[2].

Il faut avoir soin de combiner ses doses pour éviter les accidents d'intoxication, et ne pas oublier que l'absorption par le rectum, quoique moindre que par les autres voies, est cependant notable[3].

Nous n'avons parlé jusqu'à présent, à propos des émissions sanguines, que des sangsues appliquées sur l'abdomen dans les cas d'une certaine acuïté. C'est qu'en effet, dans les premières périodes de la maladie, il faut éviter, autant que possible, l'introduction du spéculum qui exaspère les douleurs. Il n'en est plus de même quand la métrite passe de l'état aigu à l'état subaigu. On doit alors recourir aux saignées locales, non plus par l'intermédiaire des parois abdominales, mais appliquées sur l'utérus lui-même.

[1] L'huile de ricin à la dose de 20 à 30 grammes, ou les purgatifs salins, tels que les eaux de Sedlitz, de Birmenstorf, de Pulna, d'Ilunyadi, le sulfate de soude et de magnésie (15 grammes de chaque), seront employés de préférence à l'aloès et même à la rhubarbe, qui congestionnent les organes pelviens et sont par conséquent contre-indiqués dans la métrite aiguë.

[2] 5 à 6 gouttes de teinture d'opium ou 10 gouttes de laudanum de Sydenham pour chaque demi-lavement; en donner deux par jour.

[3] A ce propos, nous nous permettrons une remarque qui s'applique à tous les médicaments un peu actifs, employés à doses considérables. Il faut toujours avoir soin de s'assurer que le rein fonctionne bien et élimine à mesure la substance dont l'accumulation dans l'organisme présenterait des dangers.

Les physiologistes ont montré, depuis longtemps, qu'à doses égales, un certain nombre de substances actives n'exercent aucune action fâcheuse à l'état normal, tandis qu'elles peuvent amener la mort si on lie les uretères. Or l'homme dout le reiu est malade se trouve souvent dans des conditions comparables à un animal dont on a lié les uretères. Aussi nous imposons-nous toujours, comme règle, d'examiner les urines d'un malade, avant de le soumettre à de fortes doses d'un médicament toxique.

On a deux moyens à sa disposition pour obtenir ce résultat : les sangsues, ou les scarifications du museau de tanche.

Si le médecin choisit les sangsues, il doit les poser lui-même. Pour cette application il faut se servir d'un spéculum plein, qui protège mieux les parois vaginales. Après avoir saisi le col, on doit presser assez fortement avec l'extrémité de l'instrument sur le fond du vagin, afin que le museau de tanche soit seul engagé. On enlève les mucosités au moyen d'un peu d'ouate et d'une injection d'eau tiède. Un petit tampon d'ouate ou de charpie sera placé sur l'orifice externe, pour empêcher les sangsues de pénétrer dans la cavité utérine. On les introduit alors, rassemblées sur un linge, en les poussant profondément jusqu'au contact de la muqueuse cervicale.

Quand les sangsues ont pris, on peut retirer légèrement le spéculum, mais il ne faut l'enlever complètement que quand elles sont toutes tombées.

Ces quelques précautions sont nécessaires pour éviter les accidents qui pourraient résulter, si les petites plaies portaient sur la muqueuse vaginale, au lieu de la muqueuse cervicale. C'est dans des cas où les piqûres avaient intéressé les parois du vagin qu'on a vu se développer des lymphangites consécutives. Ce mode de saignées locales a été préconisé par une grand nombre de gynécologistes et présente quelques avantages.

Mais, pour la plupart des malades, nous préférons de beaucoup les scarifications aux sangsues. Ce second procédé n'a jamais amené d'accidents entre nos mains, et son application est extrêmement plus facile et plus prompte. Les scarifications consistent en une série de piqûres ou d'incisions superficielles, pratiquées autour de l'orifice externe.

On peut employer pour cet usage divers instruments, soit un long bistouri, soit un scarificateur spécial fixé sur un manche, ou mobile et se repliant de façon à pouvoir tenir dans une trousse de poche[1].

Pour pratiquer cette opération, il faut découvrir le col au moyen d'un speculum quelconque et être bien sûr de n'avoir saisi que le col, qui est souvent entouré d'un repli vaginal faisant hernie au fond de l'instrument. Le museau de tanche est à peu près insensible et la femme ne manifeste aucune douleur sous l'influence des scarifications. Il n'en serait pas de même, si l'on atteignait le vagin, ce conduit étant doué d'une sensibilité beaucoup plus vive.

On laisse s'écouler une certaine quantité de sang, variable selon les malades, et on retire ensuite le speculum.

Ce moyen remplace avantageusement les sangsues, dans la plupart des cas, et n'exige aucun soin consécutif.

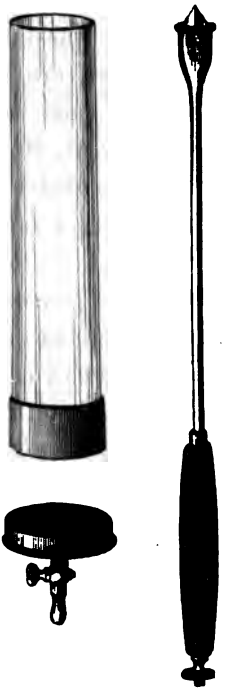


Fig. 78. — Speculum servant à scarifier et à appliquer une ventouse sur le col de l'utérus.

Il faut répéter les émissions sanguines locales un certain nombre de fois, à trois ou quatre jours d'intervalle. On peut empêcher ainsi la métrite aiguë de passer à l'état chronique.

Souvent les époques menstruelles amènent de nouveaux accidents, chez des malades en apparence guéries. Aussi les

[1] Certains instruments ont le double avantage de servir en même temps de scarificateur et d'appareil à ventouse (fig. 78).

périodes cataméniales devront être surveillées pendant un certain temps.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Nous avons été forcé de décrire la métrite aiguë, surtout son anatomie pathologique, d'après les auteurs qui ont traité cette question, n'ayant jamais eu l'occasion de faire nous-mêmes des autopsies de cas de ce genre. Il n'en est plus ainsi pour les formes chroniques, où nous avons pu, assez souvent, étudier les lésions histologiques de l'utérus chez des malades que nous avions suivies pendant un certain temps, et rapprocher, par conséquent, les symptômes cliniques, des altérations anatomiques observées après la mort. C'est pourquoi nous insisterons un peu plus, dans ce chapitre, sur la question d'histologie.

Nous avons vu, à propos de la métrite aiguë, que la division en métrite muqueuse et métrite parenchymateuse paraissait à peu près illusoire. Nous croyons cependant devoir la conserver pour les formes chroniques. Non que dans la métrite chronique, plus que dans la métrite aiguë, on rencontre ordinairement des lésions de la muqueuse laissant le parenchyme indemne, ou des lésions du parenchyme avec une muqueuse normale. Les examens nécropsiques que nous avons eu l'occasion de faire ont montré, qu'au moins dans ces cas la muqueuse et les tissus sous-jacents étaient tous deux atteints.

Cependant, selon que les lésions prédominent du côté de la muqueuse ou du côté du tissu fibro-musculaire, on observe un type clinique différent dans ses manifestations, et nécessitant d'autres modes de traitement.

Telles sont les raisons qui nous ont engagé à conserver, pour les formes chroniques de la métrite, ces anciennes divisions qui nous paraissent inutiles pour la forme aiguë.

De la métrite interne ou muqueuse chronique.

Nous traiterons d'abord de la métrite interne chronique, désignée par certains auteurs sous le nom de métrite catarrhale[1].

Anatomie pathologique. — Dans la métrite interne chronique, même lorsque le tissu utérin n'est encore que légèrement atteint, l'organe est augmenté de volume. Ces dimensions plus considérables ne sont pas dues à un épaississement des parois, mais bien à une dilatation excentrique qui peut en amener l'amincissement.

Les tissus sont ramollis et se laissent diviser plus facilement que ceux d'un utérus normal. En incisant l'organe dans le sens longitudinal, on voit que la dilatation, surtout accusée pour le corps, est moins marquée dans le col. Les cavités sont remplies d'un liquide puriforme, ou sanguinolent, conservant quelquefois des différences entre le corps et le col. Ces différences s'effacent d'autant plus que le liquide contient plus de pus. Souvent aussi l'on rencontre du sang, soit pur, soit mélangé de mucopus.

La muqueuse du corps utérin, considérablement épaissie, présente une coloration rouge ardoisée sur certains points, ecchymotique dans d'autres. Rarement lisse, elle se montre ordinairement hérissée de villosités, ou parsemée de gra-

[1] Dans beaucoup de traités des maladies des femmes on consacre un chapitre à part au *catarrhe utérin*. Les écoulements provenant des divers points de la muqueuse utérine nous paraissent constituer un symptôme et jamais une affection. Légers, fugaces dans certains cas, rebelles et abondants dans d'autres, ils n'en sont pas moins la résultante d'une altération plus ou moins profonde des éléments qui entrent dans la structure de la cavité utérine. Le coryza résultant d'un refroidissement et disparaissant spontanément en un ou deux jours est aussi bien un coryza que celui qui revêt une forme chronique et dure des mois et des années, comme on l'observe chez certains scrofuleux. Nous ne voyons pas pourquoi on nierait pour l'utérus ce qui est la règle pour toutes les autres cavités revêtues d'une muqueuse, et nous rangeons le catarrhe utérin parmi les symptômes de la métrite.

nulations, de fongosités, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une framboise. Ces végétations siègent plus ordinairement sur la paroi postérieure. Elles arrivent à former des masses fongueuses qui, en se pédiculisant, constituent de véritables polypes[1].

L'existence de ces granulations, dans la métrite interne chronique, n'avait pas échappé aux observateurs qui nous ont précédé. Aran insiste sur les dispositions qu'elles présentent, et c'est contre elles que Récamier avait préconisé l'usage de la curette qui porte son nom.

Dans le col, on observe une exagération des plis de l'arbre de vie et un grand nombre de glandes muqueuses transformées en kystes de grosseur variable, connus sous le nom d'œufs de Naboth.

Quelquefois ces agglomérations kystiques oblitèrent la cavité cervicale et font saillie à l'orifice externe. Nous reviendrons sur cette question d'anatomie pathologique à propos des polypes muqueux.

On rencontre accidentellement, surtout chez les vieilles femmes, une métrite chronique, avec oblitération d'un des orifices, plus souvent de l'orifice interne. Cette disposition permet d'étudier avec plus de facilité la nature des deux liquides contenus dans la cavité du corps et dans celle du col. Nous avons déjà assez insisté sur les caractères qui les différencient pour n'avoir pas à y revenir ici. C'est principalement aussi chez les femmes avancées en âge qu'on observe ce développement énorme des œufs de Naboth, décrit sous le nom de métrite kystique du col[2].

[1] M. Slawiauski a fait de cette altération une forme particulière de *métrite villeuse*. (*Arch. de physiologie*, 1874, p. 80.) Ces altérations ont également été décrites comme des formes particulières de métrite, *métrite granuleuse*, *métrite polypeuse*.

[2] Howitz, *Om Cystendvikling i collum uteri*. Hosp. Tid., R. 2, p. 129, 1875. Analysé dans *Jahresbericht*, 1875, t. II, p. 577.

L'oblitération des orifices se produit sous l'influence de causes diverses. Des adhérences peuvent s'être établies entre les parois à la suite d'une inflammation ancienne, ou consécutivement à des cautérisations. Un polype amène quelquefois un résultat semblable. Dans certains cas, on a vu de petits polypes pédiculés, situés comme une espèce de soupape, se laisser refouler de bas en haut par l'introduction d'un hystéromètre.

Enfin il ne faut pas oublier que, sous l'influence de l'atrophie sénile, on observe assez fréquemment une oblitération des orifices, sans l'intervention d'aucune cause pathologique.

La muqueuse qui revêt la cavité cervicale s'hypertrophie au point de faire hernie en dehors du museau de tanche et de constituer une espèce de bourrelet muqueux. Nous avons déjà signalé cette disposition anatomique également désignée sous le nom d'*ectropion*. C'est surtout dans ces cas que l'on rencontre des œufs de Naboth sur la surface externe de la partie vaginale du col.

Les lésions les plus importantes ne peuvent se découvrir que par l'examen microscopique. Aussi cette étude présente-t-elle un grand intérêt, en nous donnant l'explication de la plupart des symptômes observés pendant la vie.

Presque tous ceux qui ont parlé des lésions histologiques de la métrite ont admis que, dans cette affection, l'épithélium cylindrique de revêtement de l'utérus se transforme en épithélium pavimenteux. Nous n'avons jamais observé cette transformation. Dans tous les cas, nous avons vu l'épithélium cylindrique disparaître de la surface et ne subsister que dans quelques glandes. Dans les parties superficielles, le tissu était formé par des éléments embryonnaires, et dans les parties profondes on rencontrait des

cellules plates du tissu conjonctif. Ce sont peut-être ces derniers éléments, obtenus par le raclage, que quelques auteurs ont pris pour l'épithélium de la surface transformé.

Nous avons traité cette question avec les détails qu'elle comporte, à propos des changements que subit la muqueuse utérine sous l'influence de la grossesse[1]. Ici, nous croyons qu'il vaut mieux réserver l'histologie pour les faits intéressant directement la clinique. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ce point, et passerons à l'étude des végétations, qui revêtent trois formes principales.

1° Dans certains cas, on observe une hypertrophie des

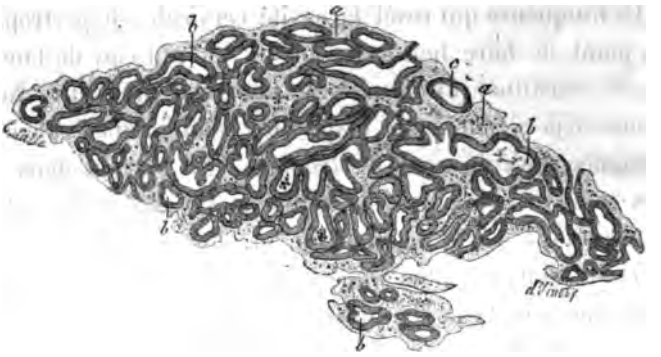


Fig. 79. — Coupe transversale d'une granulation dans un cas de métrite interne chronique (gross. de 40 diam.).

a. Stroma. — *b*. Coupe des glandes dilatées et revêtues de leur épithélium. — *c*. Coupe d'un vaisseau

glandes dilatées et devenues flexueuses, tout en conservant leur épithélium (fig. 79).

2° Dans d'autres, les végétations sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire, avec de rares vaisseaux. Il ne subsiste que des traces de glandes et quelques restes d'épithélium plus ou moins dégénéré. On a

[1] De Sinéty, *Étude histologique sur la cavité utérine après la parturition* (*Arch. de physiologie*, 1876, p. 342).

affaire à un vrai tissu inflammatoire, comparable à celui qui constitue la surface d'une plaie exposée (fig. 80). Sur cer-

Fig. 80. — Coupe longitudinale d'une granulation formée d'éléments embryonnaires, dégénérés en certains points, dans un cas de métrite interne chronique (gross. de 40 diam.).

a. Tissu embryonnaire. — *b*. Points ayant subi la dégénérescence graisseuse.

tains points, il existe des îlots d'éléments dégénérés ne se laissant pas colorer par les réactifs, analogues à ceux qui s'observent dans les bourgeons produisant du pus. Cette dégénérescence des éléments embryonnaires nous explique l'abondance de l'écoulement muco-purulent observé pendant la vie.

3° Enfin certaines de ces fongosités sont presque uniquement composées de vaisseaux, dont quelques-uns extrêmement dilatés atteignent un diamètre considérable (fig. 81). On a encore ici l'explication anatomique de ces hémorrhagies si fréquentes dans la métrite interne.

Nous avons figuré des spécimens de ces trois sortes de granulations utérines, dont l'étude n'avait pas été suffisam-

ment faite jusqu'à présent, et qui donnent, comme nous le disions plus haut, l'explication des principaux symptômes de la métrite chronique.

En effet, selon que l'une de ces trois espèces dominera, nous aurons affaire à un écoulement abondant et surtout

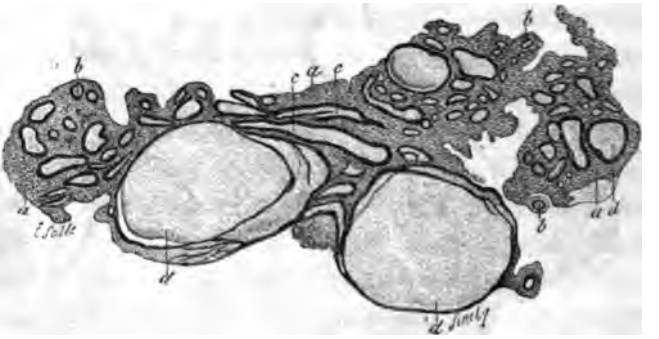


Fig. 81. — Coupe transversale d'une granulation constituée par des vaisseaux dilatés et remplis de globules sanguins dans un cas de métrite interne chronique (gross. de 40 diam.).

a. Stroma embryonnaire. — *b*. Vaisseaux coupés en travers. — *c*. Vaisseaux coupés longitudinalement. — *d*. Vaisseaux dilatés remplis de globules sanguins.

muqueux si ce sont les glandes, purulent si ce sont les bourgeons peu vasculaires et dégénérés, hémorrhagique si ce sont les vaisseaux. On peut, sur un même utérus, rencontrer ces trois formes d'altération.

Quelquefois la muqueuse paraît presque unie et ne présente pas de saillies. Dans ces cas encore, l'examen histologique nous montre les mêmes lésions diffuses et envahissant à peu près également toute la muqueuse. Nous résumerons brièvement l'observation d'une femme d'une trentaine d'années, atteinte de métrite interne avec hémorrhagies, ayant succombé en quelques heures à des accidents urémiques.

La malade avait présenté tous les symptômes de la métrite interne chronique.

A l'autopsie nous avons trouvé les cavités dilatées, rem-

plies d'un mélange de sang et de mucopus, les parois amincies, le tissu friable.

Voici ce que l'on constatait sur les coupes obtenues après durcissement et coloration au picro-carminate.

La muqueuse était considérablement épaissie, les glandes très dilatées en certains points, mais toujours reconnaissables à leur revêtement épithélial nettement dessiné. Leur lumière était oblitérée par des amas de petites cellules rondes. Au lieu d'être rapprochées les unes des autres comme à l'état normal, des espaces considérables uniquement formés d'éléments embryonnaires les séparaient les unes des autres. Dans ce stroma embryonnaire, on rencontrait de nombreux vaisseaux s'avançant jusqu'à la surface libre de la cavité utérine. Ceux-ci, encore remplis de globules sanguins, expliquaient les hémorrhagies qu'avait présentées la malade. L'épithélium de revêtement avait partout disparu, excepté dans les glandes. Sur quelques points de l'épaisse couche de tissu embryonnaire remplaçant la muqueuse, on observait des îlots d'éléments dégénérés ayant pris l'aspect de petites masses caséeuses.

Les lésions ne se bornaient pas à la surface de la cavité utérine. On pouvait aussi les constater dans toute l'épaisseur des parois.

Les fibres musculaires étaient conservées, mais entre les faisceaux musculaires, et variant d'un point à un autre, on trouvait des amas de petites cellules rondes semblables à celles que nous avons signalées. Ces éléments, surtout très nombreux autour des vaisseaux de petit calibre, formaient en certains endroits des îlots qui, après l'action du picro-carminate d'ammoniaque, tranchaient par leur coloration rouge et étaient facilement reconnaissables, même à un faible grossissement. Les altérations étaient beaucoup plus prononcées dans la muqueuse que dans le stroma.

Ces lésions différaient de celles que nous avons eu l'occasion d'observer chez des femmes mortes au moment des règles. Chez ces dernières, les glandes ont conservé à peu près leurs rapports respectifs et forment la majeure partie de la muqueuse, tandis que dans la métrite les glandes sont très écartées les unes des autres et plongent dans un véritable stroma embryonnaire qui en constitue les 4/5. Dans les deux cas il y a épaississement et transformation des tissus. Mais pendant la menstruation nous n'avons jamais rencontré ces îlots d'éléments dégénérés et caséeux, et cette infiltration de tout le parenchyme par de petites cellules rondes. Enfin, à l'époque des règles, tous les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. Ici, ils ne l'étaient que vers la surface de la cavité utérine. Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur les modifications que subit l'utérus au moment des règles, à propos de la menstruation.

Nous ferons observer que dans ce cas-ci, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue de l'anatomie macroscopique, nous avions un type de métrite interne chronique. Et cependant l'examen histologique nous a appris que les tissus profonds présentaient déjà les lésions de la première période de la métrite dite parenchymateuse.

Ce fait et quelques autres, dont la description nous entraînerait trop loin, viennent à l'appui des idées exposées au commencement de ce chapitre.

Nous nous occuperons plus tard de l'anatomie pathologique des ulcérations du col utérin, si fréquentes chez les malades atteints de métrite chronique.

Symptômes. — Passons maintenant à l'étude des symptômes qui permettent de reconnaître, cliniquement, la métrite interne chronique. Ce qui la caractérise avant tout, c'est l'écoulement sur lequel nous reviendrons dans un instant, après avoir passé en revue l'ensemble des troubles subjectifs.

Les femmes ainsi atteintes présentent toujours, au bout d'un certain temps, des altérations de la santé générale, d'autant plus graves que la cavité du corps est plus en cause. Les métrites où dominent les lésions du col passent plus longtemps inaperçues, et ne donnent lieu que plus tard à des phénomènes morbides.

Les malades se plaignent de palpitations, d'étouffements, de faiblesse et d'une gêne de la respiration sous l'influence du moindre exercice.

Le visage pâle, terreux, les yeux cernés, donnent à la physionomie ce cachet particulier appelé *faciès utérin.*

En même temps se montrent certains phénomènes psychiques. Le caractère change, les femmes deviennent tristes, portées aux idées noires ; disposition qui s'observe, du reste, aussi bien chez l'homme que chez la femme, dans toutes les affections génitales.

L'appareil digestif vient aussi apporter son appoint de tribulations. Tantôt il y a perte d'appétit, d'autres fois, sensation fréquente de faim suivie de digestions difficiles; en outre une constipation opiniâtre, alternant quelquefois avec de la diarrhée.

La douleur est un phénomène presque constant. Elle a son siège de prédilection dans le bas ventre ou dans la région sacrée, et s'irradie vers le pubis, la région inguinale ou le long de la cuisse.

Les malades accusent en outre une sensation de plénitude et de pesanteur dans le bassin, allant même jusqu'à des douleurs expultrices. On observe aussi du ténesme rectal et vésical, un sentiment de brûlure au passage de l'urine. La céphalalgie est une compagne presque forcée de la métrite chronique.

Ces divers symptômes sont en rapport avec l'état anémique qui la complique presque toujours.

La menstruation est plus ou moins influencée. La dysménorrhée, assez fréquente dans les formes aiguës, ne se montre ici que beaucoup plus tard, probablement quand la muqueuse est complètement transformée en tissu inflammatoire et a perdu tous ses caractères physiologiques.

Quelquefois l'écoulement muco-purulent alterne avec les métrorrhagies.

Dans la forme hémorrhagique (admise par Duparcque comme une métrite spéciale), on voit d'abord les règles durer un peu plus qu'à l'ordinaire. Peu à peu, l'époque menstruelle se prolongeant de plus en plus et ses débuts se rapprochant aussi, on en arrive à observer une hémorrhagie continue, si bien que les malades ne reconnaissent plus leurs périodes cataméniales et se plaignent, suivant leur expression, d'*être toujours dans le sang.*

Les symptômes objectifs, dont il nous reste à nous occuper, présentent une bien plus grande importance.

Au toucher, on trouve l'utérus mobile, les culs-de-sac libres et indolores, s'il n'y a pas de complication. Au contraire en pressant sur le col on provoque de la douleur.

Dans certains cas, cette douleur est tellement intense, que Routh [1] en a fait une métrite spéciale, affectant plus particulièrement le fond de l'utérus et caractérisée, outre l'excès de la sensibilité, par des troubles psychiques revêtant la forme de l'hystérie ou de la catalepsie. On a aussi désigné des cas de ce genre sous le nom d'*utérus irritable.*

Il ne faut pas oublier que dans la névralgie lombo-abdominale on rencontre quelquefois des points douloureux à la pression, en particulier à l'union du col et du corps, sans qu'il y ait cependant trace de métrite [2].

[1] *Obst. tr.*, vol. XII, p. 136.

[2] D'après les descriptions données par les auteurs anglais, ce serait également des faits de cet ordre qu'on aurait confondus sous la dénomination d'utérus irritables.

A l'examen direct, on voit souvent que la vulve et le vagin participent à l'inflammation. Le col est rouge, fréquemment exulcéré. Tantôt il s'échappe par son orifice un liquide muco-purulent, quelquefois tout à fait purulent. Tantôt des mucosités teintes de sang ou même du sang pur.

Dans beaucoup de cas on peut différencier la provenance de l'écoulement : celui du corps, peu dense, filant ; celui du col, épais, résistant, gélatiniforme ; celui du vagin, plus blanc, laiteux et comme caillebotté. En outre la sécrétion utérine est alcaline, celle du vagin est acide.

Plus ces différents liquides sont purulents, et plus, comme nous l'avons déjà dit, il devient difficile de juger leur origine.

Les ulcérations du col présentent un aspect variable sur lequel nous n'insisterons pas pour le moment.

Autrefois on attachait une importance très exagérée à ces ulcérations, qui pour certains médecins constituaient toute la maladie.

On a montré depuis longtemps combien cette opinion est erronée.

Quand, dans le cours de la métrite chronique, on pratique le cathétérisme de la cavité utérine, on a quelquefois de la difficulté à franchir l'orifice interne, si les lésions du col dominent. Mais, si elles ont atteint le corps d'une façon un peu marquée, la pénétration de l'instrument à travers l'isthme se fait avec la plus grande facilité et la sonde se meut aisément dans tous les sens.

On constate également par ce moyen d'exploration que l'utérus, au lieu de 5 à 6 centimètres et demi (état normal), peut atteindre jusqu'à 8 et même 8 centimètres et demi de profondeur.

Il faut toujours prendre les plus grandes précautions en pratiquant le cathétérisme d'un utérus ainsi altéré ; car son tissu est ramolli et se laisserait traverser facilement.

Diagnostic. — Cette affection peut être confondue avec le cancer, les polypes, les corps fibreux, la blennorrhagie, la névralgie lombo-abdominale. C'est surtout dans la forme chronique dite parenchymateuse que le diagnostic entre le cancer et la métrite présente de grandes difficultés, sur lesquelles nous insisterons dans un prochain chapitre.

La métrite interne pourrait être prise pour un cancer du corps utérin. Mais dans ce dernier l'utérus acquiert des dimensions bien plus considérables que dans la métrite. En outre dans celle-ci on observe souvent des intermittences dans la nature de l'écoulement tantôt mucopurulent, tantôt sanguin. Dans le cancer ces intermittences n'existent pas en général. L'odeur fétide des liquides ne constitue pas un caractère distinctif absolu. Quoique beaucoup plus fréquente dans le cancer, on la rencontre aussi dans la métrite.

Pour les polypes, les corps fibreux, le cathétérisme donne des renseignements précieux, qu'on pourra compléter au moyen de la dilatation du col.

Quand la blennorrhagie est de date récente, l'uréthrite, la rougeur limitée au vagin, la transparence du mucus utérin tranchant sur les liquides purulents qui l'environnent, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'affection. La vaginite qui accompagne souvent la métrite chronique n'atteint jamais l'intensité de la vaginite blennorrhagique à sa première période.

Dans les cas où une blennorrhagie ancienne s'est propagée jusque dans la cavité utérine, le diagnostic est presque impossible et ne peut guère se baser que sur les commémoratifs. Du reste, il existe alors une véritable métrite d'origine blennorrhagique.

La névralgie lombo-abdominale est souvent prise pour une métrite, faute d'un examen suffisant. La connaissance

seule de l'erreur possible empêchera d'y tomber, si on se donne la peine d'examiner attentivement ses malades.

Pronostic. — La métrite interne chronique est une affection commune et qu'on rencontre à chaque instant dans la pratique. En général, elle n'entraîne pas la mort par elle-même. Mais l'état de faiblesse, dans lequel sont plongés les sujets qu'elle atteint, facilite le développement d'autres maladies, comme on l'a admis pour la tuberculose en particulier.

Il y a cependant certains cas où la métrite chronique devient excessivement grave, à cause des métrorrhagies qu'elle provoque et qui peuvent à elles seules amener une terminaison fatale.

En l'absence d'hémorrhagies, l'abondance de l'écoulement muqueux ou mucopurulent n'est pas la cause unique de l'affaiblissement rapide des malades. Cet état est sous la dépendance d'une action plus générale exercée sur l'ensemble de l'organisme.

On voit, en effet, des leucorrhées vaginales très considérables, bien plus abondantes que les écoulements utérins, coïncider pendant longtemps avec une santé parfaite.

La métrite chronique amène souvent la stérilité. Certains auteurs l'ont accusée, quand elle n'est pas cause de stérilité, de prédisposer aux insertions vicieuses du placenta (Schrœder).

C'est là, nous semble-t-il, une simple hypothèse, qu'il resterait à démontrer par des faits.

Étiologie. — La métrite chronique succède à la forme aiguë. D'autres fois elle est chronique d'emblée et se développe peu à peu et lentement.

Il y a toute une série de causes banales, considérées comme pouvant amener la métrite chronique : mauvaises conditions hygiéniques, tempérament lymphatique, fatigues exagérées, chagrins, etc.

Il serait bien préférable de ne pas répéter, à propos de chaque maladie, cette étiologie douteuse qui, pouvant s'appliquer à toutes, n'en concerne aucune en particulier.

La blennorrhagie amène quelquefois la métrite interne. On a, croyons-nous, surtout dans ces derniers temps, exagéré l'importance de cette cause, qui est cependant démontrée par un grand nombre d'observations. On a accusé aussi les excès de coït de développer la métrite, en se basant sur la fréquence de cette affection chez les prostituées.

Mais ces femmes sont exposées à expulser prématurément des produits de conception qui passent inaperçus, fait signalé depuis longtemps par Parent du Châtelet. En outre, dans bien des circonstances, on prend pour des règles douloureuses des avortements peu avancés, comme le montre l'examen histologique de soi-disant dysménorrhées membraneuses, qui ne sont autre chose que des débris de villosités choriales[1].

En somme, la puerpéralité et les imprudences commises à la suite des accouchements ou des avortements sont, le plus souvent, le point de départ de la métrite chronique.

Cette affection se rencontre dans toutes les classes de la société et avec toute espèce de tempérament.

On l'observe également dans les maladies du cœur, ou accompagnant le cancer, les polypes, les corps fibreux.

Mais, dans ces derniers cas, elle n'est plus qu'une complication, et n'a qu'un intérêt tout à fait secondaire.

Traitement. — Le traitement de la métrite interne chronique présente des indications générales et locales, variables selon les symptômes prédominants.

Traitement général. — La métrite, quelle que soit sa forme,

[1] Voyez de Sinéty, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1876, p. 140.

s'accompagne toujours d'un état anémique. Aussi l'usage du fer est indiqué dans le plus grand nombre des cas, associé aux amers et surtout au quinquina[1].

A ce propos, il est bon de prémunir les malades contre l'abus du vin de quinquina. C'est un médicament qu'on ordonne à chaque instant, dans n'importe quelle affection. Nous croyons que, surtout chez les femmes, le vin est un mauvais mode d'administration du quinquina. D'abord la quantité de substance active contenue dans un petit verre de vin est excessivement minime. Ensuite il entre dans la fabrication de ce médicament une quantité considérable d'alcool, et la dyspepsie si fréquente chez les malades atteintes de métrite se trouve souvent fort mal de son action. Il sera indiqué seulement, si l'on croit utile de donner, avec le quinquina, une petite dose d'alcool. Même dans ces cas, on doit recommander de n'en faire usage qu'à la fin du repas, et non au commencement, comme on en a le plus souvent l'habitude. Nous avons eu l'occasion de voir des femmes devenues dyspeptiques sous l'influence d'un verre de vin de quinquina pris à jeun pendant plusieurs semaines, et chez lesquelles la cessation du médicament avait suffi pour faire disparaître tous les troubles digestifs. C'est donc sous la forme de poudre ou d'extrait qu'on administrera, de préférence, les préparations quiniques.

Il y a des cas où le fer seul, ou combiné avec ces dernières, augmente les douleurs et aggrave l'état des malades. C'est

[1] Rhubarbe pulvérisée . . . 5 grammes.
Carbonate de fer . . . . . } aa 10 —
Quinquina jaune pulvérisé. }

pour 20 paquets, dont on prendra 2 par jour ; 1 au moment des deux principaux repas.

Selon l'état des garde-robes on fera varier la quantité de rhubarbe, et, dans le cas où il existerait de la diarrhée, il faudrait remplacer la rhubarbe par le sous-nitrate de bismuth.

au médecin à surveiller l'effet produit par les substances qu'il ordonne.

Contre les troubles digestifs, on emploiera les alcalins, la pepsine, les amers, selon les circonstances, et les malades feront usage aux repas d'une eau minérale, telle que l'eau de Bussang, de Condillac, de Spa, ou des sources de Vichy, Cusset, Vals.

Les bains simples ou alcalins sont un adjuvant utile dans le traitement de la métrite chronique. L'introduction

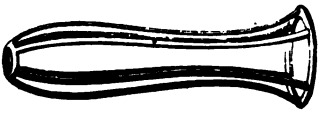


Fig. 82. — Speculum à bains.

d'un petit speculum permettra à l'eau de pénétrer dans le vagin jusqu'au col de l'utérus (fig. 82).

L'hydrothérapie, par son action reconstituante et sédative, rend également de grands services. Nous laissons de côté pour le moment la question des cures thermales, dont nous nous occuperons dans le chapitre suivant, à propos du traitement de la métrite dite parenchymateuse.

Quand l'écoulement est purulent ou mucopurulent, on a recommandé les balsamiques et surtout le copahu. L'action de cette substance nous paraît bien problématique contre la leucorrhée utérine et vaginale. En outre, le copahu est souvent mal supporté par l'estomac, et nous n'en conseillons l'usage que dans les cas où il existe de l'uréthrite, et où il est alors indiqué[1].

Les lavements d'aloès, préconisés par Aran, sont peu usités aujourd'hui.

[1] Voyez page 121.

Traitement local. — Comme traitement local, on ordonne souvent des injections astringentes, au tannin, à l'alun, avec la décoction de feuilles de noyer. Ces injections n'agissent que sur le vagin, et un peu sur la surface du museau de tanche. Leur principale utilité consiste à chasser les produits de l'écoulement utérin et à empêcher leur stagnation dans le canal vaginal.

Les cautérisations de la cavité cervicale donneront de bons résultats, si c'est cette région qui est principalement atteinte[1]. Le crayon de nitrate d'argent est le plus souvent employé à cet usage, à tort, selon nous, à cause de la disposition anatomique de la muqueuse. Il est impossible qu'un caustique solide pénètre dans les anfractuosités et les replis qu'elle présente, et les parties de nitrate d'argent dissoutes perdent immédiatement toute action en se mélangeant au mucus, qui les transforme en chlorure d'argent complètement inactif.

Les crayons de tannin seraient plus indiqués. Nous employons quelquefois un mélange de tannin et d'acide phénique, dont on fait de petits crayons, de 3 centimètres de long environ, que l'on introduit dans le canal cervical, où ils ne tardent pas à se dissoudre[2].

Nous préférons, à ces divers moyens, l'action des caustiques liquides, en particulier, de l'acide chromique.

En s'entourant des précautions que nous indiquerons plus

[1] Nous ne parlons pas ici du traitement des ulcérations, dont nous nous occuperons dans un chapitre à part.

[2] Crayons caustiques :

Acide phénique cristallisé. . .	0,05 centigr.
Glycérine	5 gouttes.
Tannin	4 grammes.
Gomme adragante	Q. S.

pour des crayons de 3 centimètres de long et 3 à 4 millimètres de [illegible] mètre.

tard, cet acide présente de grands avantages pour le traitement des affections utérines [1].

Quand les lésions existent au-dessus de l'orifice interne, c'est dans la cavité du corps de l'utérus que doit être porté l'agent modificateur. Les crayons de tannin, utiles quand ils ne dépassent pas le col, donnent lieu à de violentes coliques, si on les laisse à demeure dans le corps de l'utérus. Nous en dirons autant des crayons de nitrate d'argent.

Cette question nous amène à étudier la ligne de conduite que l'on doit suivre dans la métrite à forme hémorrhagique.

L'importance de cette partie du traitement est d'autant plus grande, que, comme nous l'avons vu, les métrorrhagies présentent par elles-mêmes un véritable danger.

Quelquefois le séjour au lit suffit pour faire cesser les pertes. Mais ces cas favorables sont loin d'être constants, et on a alors à sa disposition plusieurs moyens thérapeutiques. Les bains chauds (35 degrés centigrades pendant 20 minutes), employés avec succès par M. Tarnier contre les hémorrhagies secondaires des femmes en couche, peuvent avoir aussi de bons résultats contre les hémorrhagies consécutives à

[1] Nous employons la solution à parties égales d'acide chromique cristallisé et d'eau distillée.

Dans l'intervalle des cautérisations on conseillera des pansements quotidiens avec des tampons imbibés du mélange suivant :

Acide phénique cristallisé. . .	0,30	centigr.
Alcool.	10	gouttes.
Glycérine	30	grammes.
Tannin	2	—

Les solutions concentrées d'acide phénique portées avec un pinceau dans la cavité cervicale sont fréquemment mises en usage contre le catarrhe utérin. Il ne faut pas oublier que cet acide est un puissant caustique et qu'il a une tendance à s'étendre en surface. On peut avoir recours à la formule suivante :

SOLUTION CAUSTIQUE.

Acide phénique cristallisé.	2	grammes.
Alcool	1	—
Eau distillée . . . . . }	aa 10	—
Glycérine. . . . . }		

une métrite. Les applications chaudes (sac de Chappmann) sur la région lombaire sont également utiles, comme nous avons pu le constater nous-même, il y a quelques années, dans le service de M. Guéneau de Mussy.

La digitale, la quinine, l'ergot de seigle, ont été tour à tour conseillés.

Ce dernier médicament est loin d'avoir, dans ces conditions, la même action que dans les cas de métrorrhagies résultant de corps fibreux. Cette différence est en rapport avec ce que nous apprend l'anatomie pathologique. Il est tout simple, en effet, que l'ergot, agissant sur les fibres musculaires lisses, n'ait pas grande influence sur des vaisseaux et des tissus presque uniquement formés d'éléments embryonnaires, tels que ceux que nous avons observés dans la métrite interne chronique.

Fig. 83.
Curettes de Simon.

C'est contre les végétations vasculaires qu'on a préconisé l'usage de la curette (fig. 83). Cette opération, telle que la pratiquait Récamier, avait donné quelques succès dont le nombre n'était pas en rapport avec les dangers auxquels elle exposait. Aujourd'hui que la dilatation du col est entrée dans la pratique gynécologique, l'abrasion de la cavité utérine offre moins de dangers et devient beaucoup moins difficile. Par cette dilatation, on se rend mieux compte de l'état de la surface interne de l'organe, et on agit avec plus de sûreté.

Quand le corps de l'utérus est ainsi devenu accessible à nos moyens de diagnostic et de traitement, on peut user de certains caustiques énergiques, tels que l'acide phénique,

l'acide nitrique fumant. Ce dernier a été vanté par beaucoup de gynécologistes (Atthil, Churchill, Liebman)[1].

Il faut, si on l'emploie, appliquer préalablement un spéculum vaginal et, en outre, un spéculum utérin, pour protéger les lèvres du museau de tanche contre l'action du caustique. Celui-ci sera porté à la surface de la muqueuse au moyen

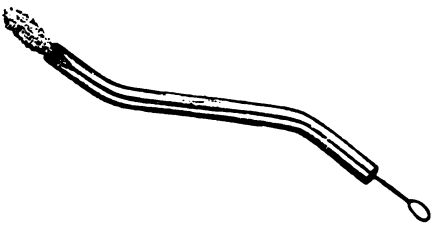


Fig. 84. — Applicateur de Woodbury.

d'un peu de ouate enroulée autour d'une petite tige de bois ou d'un appareil spécial tel que celui de Woodbury (fig. 84).

On a proposé de cautériser la surface interne de l'utérus avec le galvano-cautère (Spiegelberg), dont la disposition permet de l'introduire froid et de le chauffer seulement quand il a pénétré dans la cavité.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'essayer ces derniers moyens. Celui que nous employons de préférence contre les métrorrhagie dépendant de la métrite interne consiste à faire pénétrer dans l'utérus une sonde préalablement enduite, sur une longueur de 6 à 7 centimètres, d'une couche de nitrate d'argent fondu (fig. 85)[2]. Avec cette méthode, la dilatation préalable n'est pas nécessaire. On doit introduire l'instrument sans hésitation, après s'être assuré de la direction et de la profondeur de l'utérus. L'organe se contracte sur la sonde dont on dirige la courbure dans différents sens.

[1] Voyez à ce sujet *Arch. de tocologie*, t. IV, p. 207.

[2] Ce procédé employé par M. Siredey a été décrit dans la thèse d'un de ses élèves. Devins, Thèse de doctorat, Paris, 1876.

Le caustique solide, tout à fait illusoire pour la cavité du col, nous paraît, au contraire, très logiquement employé pour le corps, dont la surface interne ne présente aucun repli.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'avant de pratiquer cette cautérisation, comme avant toute opération, quelque minime qu'elle soit, à entreprendre sur l'utérus, on doit toujours s'assurer de l'état d'intégrité des annexes.

Fig. 85. — Porte-caustique de Siredey.

L'absence de cette précaution a souvent été cause d'accidents, qui ont compromis des méthodes de traitement très utiles, si on les applique avec prudence.

Après les cautérisations, les malades doivent garder le lit pendant un ou deux jours. Nous ne les pratiquons jamais qu'à domicile, contrairement à d'autres gynécologistes, qui ne voient pas d'inconvénient à laisser marcher les femmes immédiatement après[1].

Cette méthode nous a donné de bons résultats, et n'a d'autre désavantage que de causer quelques coliques, acquérant rarement une grande acuïté.

Nous passons sous silence une foule de substances introduites dans l'utérus sous forme de poudre ou de pommade, et qui ont eu leurs partisans, pour en arriver à un moyen puissant, mais non sans danger : nous voulons parler des injections intra-utérines.

Les auteurs sont très divisés au sujet de leur utilité. Nous croyons qu'on doit les réserver pour les cas où toutes les

[1] Liebman, *Arch. de tocologie, loc. cit.*, p. 207.

autres médications ont échoué, mais la gravité que présentent quelquefois les hémorrhagies répétées et longtemps prolongées nous autorise à employer tous les moyens dont nous pouvons disposer[1].

Les partisans des injections, pour prouver leur innocuïté, se sont basés sur l'impossibilité qu'il y a, après la mort, à faire pénétrer un liquide à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Nous ne croyons pas qu'on puisse assimiler complètement ce qu'on observe sur le cadavre à ce qui se passe chez la femme vivante. En outre, on rencontre de temps à autre des trompes dilatées, et, dans ces cas, aucun obstacle ne s'opposerait au passage du liquide dans le péritoine. Quoi qu'il en soit de ces théories, il est certain que des accidents graves, quelquefois mortels, ont suivi l'introduction d'un liquide caustique dans l'utérus. Ces faits suffisent pour justifier notre réserve, en n'admettant les injections intra-utérines que comme dernière ressource.

Pour les pratiquer, on se sert de diverses espèces de seringues (fig. 86). Les unes sont simples, d'autres sont à double courant. Les canules, percées à leur extrémité de petits trous (Sims, Courty) ou d'ouvertures plus considérables (Braun), sont en métal ou en gomme[2].

Il faut employer le liquide tiède et avoir soin de faire une injection d'eau pour mesurer la capacité de la cavité utérine et la débarrasser des divers produits qu'elle peut contenir, avant d'introduire l'élément médicamenteux qui devra pénétrer lentement.

Il est important, pendant tout le temps que dure l'opération, de s'assurer que le liquide peut facilement refluer dans le vagin.

[1] Voyez entre autres, à propos des injections intra-utérines, la clinique de Gallard et Guichard, Thèse de Paris, 1870.

[2] M. Gallard emploie le plus souvent des sondes en gomme du n° 10 de la filière de Charrière.

Les substances le plus souvent employées à cet usage sont les solutions de nitrate d'argent, la teinture d'iode, le perchlorure de fer [1].

Dans les cas les plus nets, cliniquement, de métrite interne, nous avons vu qu'il existait également des lésions

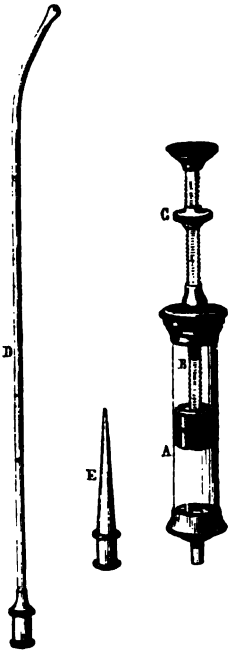


Fig. 86. — Seringue à injections intra-utérines.

A. Piston. — B. Tige graduée sur laquelle glisse un curseur C. — D. Sonde métallique. — E. Ajutage conique sur lequel s'adapte une sonde en gomme.

dans toute l'épaisseur des parois utérines. Ces observations nous engagent à avoir recours aux émissions sanguines locales, au début du traitement de cette forme de métrite chronique. Les métrorrhagies, loin d'être une contre-indication, cèdent quelquefois sous cette seule influence. On a été

[1] Ces diverses substances peuvent être employées au 4e, au 5e ou au 10e dissoutes dans l'eau ou dans la glycérine.

jusqu'à conseiller les saignées du col dans les cas de grossesse compliquée de métrite, si les douleurs utérines font craindre un avortement[1].

Tout ce que nous venons de dire de la thérapeutique des métrorrhagies s'applique surtout aux cas où celles-ci ont une abondance moyenne. Il arrive qu'elles sont si considérables, que l'existence de la malade est immédiatement menacée.

Dans ces circonstances, c'est au tamponnement qu'on doit avoir recours, et au tamponnement véritable, et non à l'introduction de quelques bourdonnets de charpie dans le vagin, comme on ne le fait que trop souvent. En outre, l'application de la glace sur le ventre et l'ingestion de l'alcool à l'intérieur trouvent également leur indication.

Enfin, on pourra, dans un cas extrême, être amené à pratiquer la transfusion.

De la métrite chronique parenchymateuse.

Nous ne reviendrons pas ici sur les raisons qui nous ont engagé à conserver pour la métrite chronique les anciennes divisions en métrites interne ou muqueuse, et parenchymateuse[2]. Ajoutons, cependant, que, si nous adoptons l'épithète de parenchymateuse, c'est pour ne pas désigner par un nouveau mot une affection décrite depuis longtemps sous un nom devenu classique. L'expression de métrite interstitielle nous semblerait préférable et plus en rapport avec les désignations anatomo-pathologiques appliquées à d'autres organes. Pour le rein par exemple, on appelle néphrite parenchymateuse celle qui atteint les éléments épithéliaux, et interstitielle, celle dans laquelle les lésions

[1] Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1868, p. 190.
[2] Voyez page 326.

portent principalement sur le stroma conjonctif. En se rappelant la différence de signification de ce mot, selon qu'on l'applique à tel ou tel organe, il n'y a pas d'inconvénient à l'employer pour l'utérus.

Anatomie pathologique. — On admet deux périodes distinctes dans le développement de la métrite parenchymateuse chronique :

Une première période ou période d'infiltration, une seconde phase ou phase d'induration.

La première période a été décrite par beaucoup d'auteurs sous le nom de congestion.

Nous nous sommes déjà suffisamment étendu sur ce sujet, à propos de la métrite en général, pour n'avoir pas à y revenir ici [1].

Le caractère macroscopique qui frappe, au premier abord, si l'on examine un utérus atteint de cette variété de métrite chronique, c'est l'augmentation de volume de tout l'organe. Cependant ses dimensions dépassent rarement la grosseur du poing d'un adulte.

Les cas où l'utérus atteint d'inflammation chronique simple remontait jusqu'à l'ombilic [2] doivent être considérés comme tellement extraordinaires, qu'en l'absence d'un examen histologique complet on ne doit les admettre qu'avec la plus grande réserve.

L'organe est ordinairement régulier et l'hyperplasie se produit à peu près également sur tous ses points.

Il faut en excepter, cependant, certaines hypertrophies partielles, qui portent sur tout le col ou sur une des lèvres seulement. Le museau de tanche prend alors une vague ressemblance avec une trompe de tapir, d'où le nom de *col tapiroïde* qu'on a donné à cette forme.

[1] Voyez page 313.

[2] Veit, cité par Schrœder, *loc. cit.*, p. 99.

Nous avons déjà signalé ces faits, à propos des diverses variétés d'anomalies utérines[1].

L'augmentation de volume de l'organe est due à un épaississement de ses parois, qui peuvent atteindre, dans le fond, jusqu'à 2 et 3 centimètres.

Cette hypertrophie est généralement excentrique, c'est-à-dire que, malgré l'épaisseur des tissus, la cavité est dilatée et ses diamètres dépassent les dimensions normales. Il arrive cependant quelquefois, mais tout à fait à titre d'exception, que l'hypertrophie soit concentrique et alors la cavité utérine peut avoir une capacité moindre qu'à l'ordinaire; ce n'est là, nous le répétons, qu'une exception. L'agrandissement de la cavité, malgré l'épaississement notable des parois, est la règle.

Si on pratique une coupe de l'utérus, les caractères changent selon l'époque de la maladie à laquelle le sujet a succombé à une affection intercurrente, car, comme nous le verrons bientôt, la métrite parenchymateuse chronique n'amène guère la mort par elle-même.

Dans les premières périodes, le tissu utérin est mou, gorgé de sucs, rougeâtre, et laisse écouler une quantité considérable de sang. La muqueuse est épaissie et revêt le même aspect que dans la métrite interne; car, ainsi que nous l'avons déjà signalé, nous n'avons jamais vu les deux formes, parenchymateuse et muqueuse, absolument isolées l'une de l'autre.

Le col est gros, gonflé, souvent irrégulier, l'orifice interne est dilaté.

En outre, on constate presque toujours sur le museau de tanche, des ulcérations de forme et d'aspect variés. Des considérations multiples nous ont engagé à en parler sépa-

[1] Voyez page 295.

rément, après la description des principales variétés de métrite chronique.

Si le processus pathologique est plus avancé, c'est-à-dire arrivé à la période dite d'induration, le parenchyme utérin devient plus dur, plus résistant, et rappelle les caractères du tissu cicatriciel. Sous l'influence de ces transformations, l'utérus peut à la longue s'atrophier, acquérir une consistance presque cartilagineuse. Les tissus crient sous le scalpel, et la couleur blanche de la coupe indique leur peu de richesse vasculaire.

L'étude histologique de ces différentes lésions présente un assez grand intérêt. Nous l'aborderons d'autant plus volontiers, que nous pouvons y apporter l'appoint de quelques recherches personnelles. De sorte que nos idées, relativement à la métrite chronique, s'appuient sur des faits anatomo-pathologiques, les seuls qui nous paraissent avoir une valeur assez scientifique pour servir de base à l'étude d'une maladie.

Histologie. — Aux dépens de quels éléments se produit cette hypertrophie générale de l'utérus, sous l'influence de la métrite parenchymateuse chronique?

Dans la première période, que nous avons désignée sous le nom de période d'infiltration, on observe de l'hypérémie. Les vaisseaux sont distendus et remplis par les globules sanguins. Quelquefois on rencontre, sur certains points, des hémorrhagies interstitielles. Mais la lésion dominante de cette période, c'est la présence, en grand nombre, d'éléments embryonnaires dans toute l'épaisseur de la paroi. Ces éléments se rencontrent de préférence autour des vaisseaux, ou forment des îlots de dimensions variables qui en sont plus ou moins éloignés. Nous avons décrit ce processus tout à fait à son début, dans un cas de métrite muqueuse, où il n'y avait pas encore d'épaississement des parois uté-

rines, où, par conséquent, la métrite parenchymateuse ne pouvait être constatée que par un examen histologique[1].

Que deviennent plus tard ces éléments embryonnaires, non encore spécifiés? Donnent-ils lieu dans la seconde période, ou période d'induration, à la formation de tissu fibreux, ou à la production de tissu musculaire? C'est une question difficile, sur laquelle les auteurs ne s'accordent pas encore aujourd'hui.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer, dans un organe comme l'utérus, ce qui appartient aux fibres conjonctives et ce qui appartient aux fibres musculaires lisses. Ce diagnostic anatomique est souvent embarrassant, surtout si les éléments sont peu nombreux. Si les muscles lisses sont groupés en faisceaux, la distinction devient plus facile[2].

Quoi qu'il en soit, pour certains histologistes, l'hypertrophie des parois utérines, dans la métrite, dépend d'une prolifération de tous les éléments constituants.

Virchow décrit la métrite parenchymateuse, sous le nom d'hyperplasie du tissu fibro-musculaire utérin, avec les myomes, dans un même chapitre de la pathologie des tumeurs.

Pour Fœrster, tous les éléments prennent part à l'hypertrophie de l'utérus et sa structure reste à peu près la même. Ce serait donc aussi, d'après lui, une hypertrophie simple. Il ajoute que dans certains cas, les cellules musculaires seraient augmentées de volume.

Finn[3] dans un travail publié en 1868, admet que l'hy-

[1] Voyez page 333.

[2] Principalement depuis que Ranvier a indiqué la propriété qu'a la purpurine de colorer les muscles et de laisser incolores les fibres conjonctives. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler l'utilité de cette technique, à propos de la direction des faisceaux musculaires dans l'utérus normal, page 236.

[3] *Ueber die Veränderungen des Muskel und Bindegewebes bei chronischer*

perplasie porte presque uniquement sur le tissu musculaire. Schrœder prétend que quand elle existe, on ne la rencontre que vers le fond de l'organe.

D'autres histologistes, Rokitanski et Kiwisch surtout, soutiennent que c'est à la production de tissu conjonctif qu'elle est uniquement due.

C'est là l'opinion admise par M. Gallard, qui dit même, que les fibres musculaires disparaissent, sous l'influence de la prolifération conjonctive[1].

Nœgerrath (de New-York), dans son travail de 1869, a proposé, sous l'influence de cette idée d'anatomie pathologique, de substituer à la dénomination de métrite chronique, celle de métrite interstitielle diffuse. En un mot, l'idée de la prolifération conjonctive est la plus répandue, en ce moment, parmi les gynécologistes.

D'où vient cette divergence d'opinion, existant parmi tant d'observateurs de mérite? Est-elle due à ce que la distinction entre les muscles lisses et le tissu conjonctif est souvent difficile, ou à ce que les altérations anatomiques varient selon les cas? Les deux hypothèses sont possibles.

Mais, ce qui vaut mieux que la discussion des hypothèses,

Metritis von N. Finn. Saint-Pétersburg, *Centralblatt*, 1868, p. 564. Voici les conclusions du mémoire de Finn :

1° Dans la métrite chronique, la situation régulière aussi bien des fibres musculaires isolées que des faisceaux musculaires ne présente aucun changement.

2° Les faisceaux musculaires ne subissent pas de modifications qualitatives et leur dégénérescence graisseuse n'est nullement constante dans cette maladie.

3° Les faisceaux musculaires sont toujours augmentés de volume en longueur et en largeur.

4° Le nombre des faisceaux est évidemment et constamment augmenté.

5° La quantité de tissu conjonctif dans les derniers stades de la maladie est relativement diminuée, et même diminuée d'une façon absolue. De sorte que l'hypertrophie de l'utérus est due à l'hyperplasie musculaire et le tissu conjonctif n'y participe que d'une façon tout à fait minime.

[1] Gallard, *loc. cit.*, p. 276.

voyons ce que nous donnent les faits. Nous avons étudié des préparations histologiques, provenant d'un utérus recueilli à l'autopsie d'une femme de trente-quatre ans, qui avait présenté, pendant sa vie, tous les symptômes de la métrite parenchymateuse chronique.

Les parois étaient très épaissies, dures, résistantes, d'un

Fig. 87. — Coupe du tissu utérin dans un cas de métrite parenchymateuse chronique (gross. de 40 diam.).

a. Espaces lymphatiques dilatés. — *b*. Vaisseaux. — *c*. Tissu conjonctif circum-vasculaire épaissi. — *d*. Coupe transversale des faisceaux musculaires. — *e*. Coupe longitudinale des faisceaux musculaires.

aspect blanchâtre, enfin possédaient tous les signes qu'on décrit, comme caractérisant, à l'œil nu, l'utérus atteint de métrite chronique à la deuxième période.

Sur les coupes colorées à la purpurine, on distinguait deux caractères tout à fait frappants (fig. 87).

1° Un très grand nombre de cavités tapissées d'un endothélium. Ces cavités (fig. 87, *a*) atteignaient en certains points, des proportions considérables et communiquaient

les unes avec les autres par des espaces rétrécis. Ceux-ci apparaissaient, en quelques endroits, comme une traînée rouge, due à la coloration des noyaux des éléments endothéliaux qui les revêtaient également.

Cette lésion était produite aux dépens des espaces lymphatiques que nous avons décrits à propos de l'anatomie normale de l'utérus. Seulement, ici, ils étaient notablement dilatés et avaient acquis des dimensions très supérieures à celles qu'ils présentent sur un organe sain.

2° Le second caractère consistait en une hyperplasie du tissu conjonctif (*c*) qui entoure les vaisseaux (*b*), hyperplasie qui diminuait leur calibre, au point de les oblitérer presque en quelques endroits.

Ce tissu conjonctif était un véritable tissu fibreux, pauvre en éléments cellulaires.

Cette altération différait de ce que nous appelons sclérose pour le foie, le rein et d'autres organes, en ce qu'ici la production conjonctive, quoique très abondante, était localisée autour des vaisseaux. Ce n'était donc pas précisément une métrite interstitielle diffuse, comme le dit Nœgerrath, dans le sens qu'on donne à cette expression en anatomie pathologique.

On voyait, en outre, que les faisceaux de muscles lisses étaient conservés (*d*, *e*) et tranchaient par leur teinte rose, sur le fond presque incolore formé par le tissu conjonctif. Il était bien difficile de dire, dans ce cas, s'il y avait ou non une diminution de leur nombre, même en comparant ces préparations à celles qui provenaient d'un organe sain. Cependant, on pouvait affirmer que les faisceaux musculaires existaient en quantité notable, et que les fibres qui les composaient ne paraissaient nullement altérées, ni dans leur structure ni dans leur dimension.

La muqueuse présentait des lésions déjà décrites pour

la métrite interne, à une période avancée de la maladie.

D'après les résultats de notre examen histologique, les altérations se résumaient donc dans ce cas.

1° A une dilatation considérable des espaces lymphatiques.

2° A une hyperplasie localisée au tissu conjonctif circum-vasculaire. Si on voulait ranger ces altérations dans la classe des scléroses, il faudrait ajouter une épithète et l'appeler une *sclérose circum-vasculaire*[1].

Cette lésion est très différente de l'épaississement avec athérome, qu'on rencontre presque constamment dans les vaisseaux sanguins, à un âge avancé.

Ici ce n'est pas une modification des parois vasculaires, mais bien du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux.

Symptômes. — Nous diviserons les symptômes de la métrite chronique parenchymateuse en subjectifs et objectifs.

Symptômes subjectifs.— Nous retrouvons dans la métrite parenchymateuse, la plupart des troubles généraux déjà signalés pour la métrite muqueuse. Aussi les passerons-nous rapidement en revue.

Les malades présentent des palpitations, se fatiguent au moindre exercice. Elles accusent une douleur sourde et d'autant plus pénible qu'elle est presque continuelle. Tantôt cette douleur est localisée dans le bas-ventre, surtout dans les fosses iliaques et plus fréquemment dans la fosse iliaque gauche. Tantôt principalement accusée dans la région lombo-sacrée, elle s'irradie dans la cuisse, le long du trajet du nerf crural. Ces souffrances s'accompagnent d'une

[1] Plusieurs auteurs ont signalé la production du tissu muqueux circum-vasculaire dans la métrite. Peut-être ce tissu muqueux est-il un intermédiaire entre l'infiltration embryonnaire et la formation du tissu fibreux. Voyez à ce sujet : Slawianski, *Arch. de physiol.*, 1874, p. 58; Olshausen, *Ueber chronische hyperplasirende Endometritis. Arch. f. Gyn.*, 1875, t. VIII, p. 97; Wyder, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 38.

sensation de pesanteur, de plénitude, d'embarras dans le bassin.

Ordinairement ces phénomènes douloureux diminuent, sans disparaître entièrement, dans le décubitus dorsal. Certaines femmes éprouvent la sensation d'un corps volumineux qui tendrait à sortir par la vulve, sensation qui est en rapport avec un degré variable d'abaissement, qu'on constate dans un grand nombre de cas de métrite chronique.

L'intensité de la douleur varie avec les malades. Très peu développée chez les unes, surtout au début, elle ne se manifeste qu'à la suite d'une fatigue quelconque, tandis que, chez d'autres, elle est très intense et prend le caractère lancinant.

Les troubles de l'appareil digestif sont à peu près les mêmes que dans la métrite interne. Perte d'appétit, digestions difficiles, météorisme, douleurs dans la défécation et à peu près constamment une constipation opiniâtre.

La miction, également douloureuse, s'accompagne souvent de ténesme vésical.

Les urines sont troubles, épaisses, chargées d'urates. Les malades se plaignent de démangeaisons, de sensations de cuisson, de brûlure, à la vulve et à la partie interne des cuisses.

La menstruation est généralement troublée.

Les règles sont moins abondantes et durent moins longtemps qu'à l'ordinaire. Plus tard elles ne se montrent qu'à des périodes éloignées. Dans quelques cas même, on les voit se suspendre pendant des mois et des années.

Il se produit, dans l'intervalle, un écoulement muco-purulent d'un blanc verdâtre.

Plus rarement on observe des métrorrhagies ; et dans ce cas, on doit admettre que les lésions de la muqueuse dominent celles du parenchyme.

Ce dernier caractère est important, pour différencier les deux formes cliniques que nous avons admises.

Symptômes objectifs. — En combinant le palper et le toucher, on constate l'augmentation de volume de l'utérus. La pression sur le col, du doigt introduit dans le vagin, amène de la douleur. L'organe est également plus lourd qu'à l'état normal.

Dans un grand nombre de cas, surtout si le toucher est pratiqué la femme étant debout, on trouve un degré plus ou moins considérable de prolapsus, associé fréquemment à une déviation en avant ou en arrière.

Le col est gros, ramolli, dans les premières périodes de la maladie. Dur, bosselé, irrégulier, présentant souvent une disposition lobulée, mamelonnée, dans les périodes plus avancées.

Dans certains cas, il revêt la forme d'un cône à base inférieure, contrairement à ce qu'on observe sur un utérus normal. Les lèvres du museau de tanche sont écartées l'une de l'autre, au point de permettre l'introduction de la pulpe du doigt. Plus tard elles peuvent se refermer, revenir sur elles-même, oblitérer presque l'orifice.

Le speculum vient confirmer les notions fournies par le toucher.

Le col est gros, rouge, violacé, dans la période d'infiltration. Dans la phase d'induration, il est pâle, anémique, et atteint quelquefois des dimensions telles, que les plus gros spéculum ont de la peine à l'entourer.

On voit s'écouler du museau de tanche, un liquide souvent puriforme, en rapport avec les altérations de la muqueuse, que nous avons constamment rencontrées dans les cas les mieux accusés, cliniquement, de métrite parenchymateuse.

Dans toutes les périodes de la maladie, on observe avec

une grande fréquence, des ulcérations variées, que nous étudierons en détail dans le chapitre suivant.

Marche. — La métrite parenchymateuse chronique a, comme son nom l'indique, une marche lente. Sa durée peut se prolonger pendant des années.

Souvent on observe des exarcerbations après un repos relatif. Ces nouvelles poussées coïncident, dans beaucoup de cas, avec la période menstruelle. Elles peuvent ne se montrer qu'à des époques éloignées et être considérées, alors, comme de véritables récidives.

La ménopause amène quelquefois la guérison de la métrite chronique, presque toujours elle l'améliore. Il ne faudrait pas, cependant, y compter absolument. Cette affection n'est pas très rare dans la vieillesse, et nous en avons déjà rappelé un cas, suivi d'autopsie, chez une femme de soixante-dix-huit ans.

Complications: — La métrite chronique se complique souvent de lésions du côté des annexes. Dans beaucoup de nécropsies on rencontre d'anciennes adhérences, traces de périmétrites, ou de pelvi-péritonites.

Aran considérait la lithiase biliaire et rénale, comme des complications fréquentes de la métrite parenchymateuse.

Diagnostic. — L'affection qui nous occupe peut se confondre avec des corps fibreux, des polypes fibreux ou muqueux, le cancer, la grossesse au début. Nous reviendrons sur le diagnostic différentiel à propos de chacun de ces états morbides.

Pour ce qui a trait à la grossesse, quand on trouve un utérus sensible à la pression, un col mou dans toute son étendue, ou dur et bosselé, on a de grandes chances pour avoir affaire à une métrite. L'utérus gravide est insensible et, au début, son col se ramollit seulement dans sa partie inférieure. Du reste, le développement rapide de l'abdomen

et tous les signes de la grossesse s'accentuant de plus en plus, ne permettront pas une longue hésitation.

On comprend combien, dans les cas douteux, il faut s'abstenir de pratiquer le cathétérisme utérin.

Pronostic. — La métrite parenchymateuse chronique n'amène guère la mort par elle-même. Elle n'en est pas moins une maladie grave, à cause de sa longue durée et des souffrances de toute sorte auxquelles sont soumises les femmes qui en sont atteintes.

Quelques auteurs la considèrent comme à peu près incurable. Cette opinion nous paraît beaucoup trop absolue, et nous sommes convaincus que la métrite chronique peut guérir peut-être à toutes ses périodes, mais surtout, et sans aucun doute, quand elle n'a pas dépassé la période d'infiltration.

Quand le tissu fibreux s'est complètement organisé et a atteint une consistance semi-cartilagineuse, il est certain qu'on ne le fera pas revenir à son état normal. Mais on arrive encore, même à cette période, par un traitement approprié, à mettre les malades dans un état tel, qu'on peut presque le considérer comme une guérison.

Autrefois on admettait que la métrite chronique dégénérait en cancer. Aujourd'hui les recherches anatomo-pathologiques ont mis à néant cette opinion.

Il est bien évident qu'une femme atteinte de métrite n'est pas à l'abri d'un cancer. Cependant, d'après Schrœder, celui-ci serait rare dans les cas de métrite chronique.

Nous verrons, à propos du cancer, combien souvent le diagnostic est difficile entre les deux affections, quoiqu'elles n'aient qu'une conformité absolument apparente, l'une ne tuant presque jamais, l'autre amenant fatalement la mort après une durée généralement peu longue.

En outre, malgré la ressemblance qui peut exister à l'œil

nu, les lésions histologiques n'ont aucun rapport entre elles. On a avancé que la gestation, par l'excitation amenée dans la vitalité des éléments constitutifs de l'utérus, pourrait entraîner la guérison de la métrite chronique. Nous ne connaissons pas de faits probants à l'appui de cette opinion. En tout cas elle n'est pas illogique, car on a vu des tumeurs fibreuses disparaître à la suite d'une grossesse, et la structure de ces tumeurs diffère peu de celle du tissu utérin hypertrophié consécutivement à un processus inflammatoire.

On a accusé la métrite chronique de causer l'avortement et d'amener la stérilité. Sans vouloir nier cette influence, nous croyons cependant que la stérilité est plus souvent due à des complications du côté du péritoine.

Étiologie. — La métrite chronique parenchymateuse peut succéder à la forme aiguë. Nous avons vu que cette dernière est rare en dehors de la puerpéralité. C'est donc l'accouchement ou l'avortement qui causent, la plupart du temps, le développement des formes chroniques.

On a fait jouer un rôle étiologique considérable à l'involution incomplète de l'utérus après les couches. Simpson attribue aux modifications des fibres musculaires pendant et après la grossesse, une grande importance, relativement aux hypertrophies et aux atrophies générales et partielles de l'utérus.

Dans le premier cas, les fibres lisses hypertrophiées pendant la gestation restent telles, ou tout au moins leur involution est arrêtée.

Dans le second, cette involution physiologique dépasse le terme et se continue jusqu'à donner lieu à une atrophie partielle ou totale.

West, au contraire, regarde la production exubérante du tissu utérin, des myomes en particulier, comme un résultat

de l'activité de l'utérus, lorsque cet organe est privé de son fonctionnement normal qui est la grossesse.

Il manque à toutes ces hypothèses le contrôle anatomique. Nous avons fait quelques recherches sur l'histologie de l'utérus pendant la période d'involution postpuerpérale. Nos résultats n'ont pas été assez concluants, pour nous permettre de formuler une opinion sur son processus [1].

Quoiqu'il en soit de ces diverses étiologies, il est certain que l'avortement et l'accouchement sont le point de départ le plus fréquent des différentes variétés cliniques de métrite chronique. Il est non moins certain, cependant, qu'elles peuvent aussi exister chez des femmes vierges d'enfants [2].

On a fait également intervenir les excès de coït. Nous avons déjà dit, à propos de la métrite interne, combien cette étiologie paraît douteuse.

On a incriminé l'habitude des voyages de noces, entrepris immédiatement après le mariage.

Le médecin ne saurait trop réagir contre cette mode, qui est, en effet, une cause fréquente de maladies pour les jeunes épouses.

Mais, dans ces circonstances, on a bien plus souvent affaire à des avortements de quelques semaines et à des pelvipéritonites consécutives à ces avortements passés inaperçus et mal soignés, qu'à de la métrite.

Ces faits rentrent donc encore dans le cadre de l'étiologie que nous croyons la plus fréquente, la grossesse et ses suites.

L'influence des différentes diathèses a fait le sujet de

[1] Voyez Chenet, *loc. cit.*

[2] Dans une observation que nous avons publiée avec M. Siredey, il existait une métrite parenchymateuse chronique, chez une femme d'une trentaine d'années qui n'avait jamais eu d'enfants, et n'avait même jamais été réglée, grâce à l'état infantile que présentait son utérus. (*Annales de gynécologie.* 1877, t. VIII, p. 29.)

nombreux travaux, dont les auteurs sont loin d'être d'accord. Le lymphatisme, ou son degré plus accentué la scrofule, l'arthritisme, l'herpétisme, la syphilis, ont été tour à tour invoqués[1].

Il est certain que les femmes lymphatiques présentent assez souvent un léger degré de métrite peu douloureuse, caractérisée surtout par l'abondance de l'écoulement muco-purulent. La richesse du système lymphatique de l'utérus est peut-être en rapport avec la fréquence de ces accidents chez les scrofuleuses.

L'arthritisme a été également considéré comme cause de métrite. On a admis un rhumatisme utérin, sorte de rhumatisme musculaire fixé sur le muşcle utérin lui-même[2]. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer de faits de ce genre, et leur existence ne nous paraît pas complètement démontrée.

On a attiré l'attention, dans ces derniers temps, sur une forme d'hypertrophie du col, le plus souvent accompagnée d'ulcérations, qui serait liée à la syphilis et disparaîtrait avec les autres manifestations spécifiques, sous l'influence du traitement général[3].

[1] Voyez, à ce sujet, Tillot, *La lésion et la maladie dans leurs rapports avec les affections utérines.* (*Ann. de gyn.*, 1874.) — Guéneau de Mussy, *De l'herpétisme utérin ou affections herpétiformes de l'utérus.* (*Arch. générales de médecine*, 1871, et *Clinique médicale*, 1875, t. II, p. 258.) — Martineau, *Affections des organes génitaux et sexuels de la femme.* (*Ann. de gyn.*, 1877, t. VII. p. 363, et son traité en voie de publication.)

[2] A propos du rhumatisme utérin, voyez : Dézeimeris, journal *l'Expérience*, 1839, et le paragraphe *Rhumatisme utérin*, p. 759, dans l'article *Rhumatisme* de M. Besnier. (*Dictionnaire encyclop. des sciences médicales.*) — Voyez aussi, à propos de l'influence des changements brusques de température sur le rhumatisme utérin, *Gaz. des hôpit.*, 1869, p. 45.

[3] Aimé Martin, *Ann. de gyn.*, 1877, t. VIII, p. 321. — Fourcault, *Étude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire* (*Thèse de doctorat*). Paris, 1877. L'auteur assimile cette augmentation de volume du col utérin à l'hypertrophie secondaire des amygdales, observée également dans la syphilis.

Toutes ces questions de diathèse ne sont point encore suffisamment élucidées.

Il est incontestable que pour les affections utérines, comme pour celles des autres organes, le terrain sur lequel elles se greffent a une grande importance et peut leur imprimer une physionomie particulière. Mais ces caractères sont, jusqu'à présent, impossibles à préciser, et nous ne trouvons pas de différences notables entre les manifestations de la métrite, chez les scrofuleuses, les arthritiques, les herpétiques ou les vénériennes[1].

La coïncidence fréquente de la chlorose avec les écoulements leucorrhéiques, l'a fait considérer comme une des causes de la métrite. Nous croyons que la première des deux affections est bien plus souvent la conséquence, que le point de départ de la seconde.

Traitement. — Pour la métrite chronique parenchymateuse, comme pour la forme muqueuse, nous diviserons les moyens thérapeutiques en modificateurs généraux et locaux. Cette division utile pour en faciliter l'étude, n'a rien de bien précis, car certains agents ont, en même temps, une action générale et locale.

La plupart des femmes atteintes de métrite, quelque soit la variété et la période de la maladie, présentent un état anémique, auquel doit s'adresser d'abord le traitement.

Comme nous l'avons dit, à propos de la métrite interne, le fer et le quinquina en feront principalement les frais.

On a essayé d'administrer les médicaments dits fondants, tels que le mercure, l'iodure de potassium. Nous n'avons obtenu de l'emploi de ces substances prises à l'intérieur, aucun résultat bien encourageant. Cependant l'iodure de

[1] Relativement aux diathèses en général, voyez la leçon de M. Parrot, *L'affection et la maladie.* (*Progrès médical*, 1878, p. 815.)

potassium est souvent indiqué, non pas contre la métrite elle-même, mais contre l'état général des malades qui en sont atteintes.

Le sulfate de quinine, à la dose de 50 à 75 centigrammes par jour, a aussi ses partisans.

Nous ferons à son sujet la même remarque que pour l'iodure de potassium, c'est que nous ne le croyons utile que dans certaines complications déterminées, comme les névralgies, par exemple, qui accompagnent si fréquemment la métrite chronique.

L'ergot de seigle est indiqué, surtout dans les cas qui résultent d'une subinvolution à la suite d'un accouchement.

On peut employer l'ergot ou l'ergotine par les voies digestives, ou au moyen des injections hypodermiques [1].

Léopold, dans un travail publié dernièrement sur cette question, dit avoir obtenu de bons résultats de ce mode de

[1] Dans les métrorrhagies graves, on peut donner jusqu'à 3 et 4 grammes d'ergot de seigle dans les 24 heures, sous forme d'extrait ou d'ergotine.

Extrait de seigle ergoté (ou ergotine Bonjean)	4	grammes.
Sirop de ratanhia.	30	—
Teinture de cannelle	15	—
Eau distillée de tilleul	100	—

à prendre par cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Si on doit continuer longtemps l'usage du médicament, on le donnera sous forme pilulaire, en l'associant au quinquina :

Seigle ergoté récemment pulvérisé.	2	grammes.
Extrait mou de quinquina.	1	—
Quinquina pulvérisé.	Q. S.	

pour 20 pilules ; de 4 à 6 par jour. Après 15 jours, intervalle de repos pendant une semaine. Surveiller l'apparition des symptômes d'ergotisme.

Pour les injections hypodermiques nous faisons usage de la solution suivante, déjà employée depuis longtemps :

Ergotine Bonjean.	2	grammes.
Eau distillée	15	—
Glycérine (pure).	15	—

20 gouttes tous les jours ou tous les deux jours.

traitement, chez un certain nombre de malades seulement, d'autres n'en ayant éprouvé aucune amélioration[1].

L'hydrothérapie rendra encore ici de grands services, à la condition d'être appliquée avec beaucoup de ménagement.

Les bains simples prolongés pendant une heure, et renouvelés tous les deux ou trois jours, seront conseillés avec avantage[2].

Les bains de mer sont indiqués, surtout dans les périodes avancées de la maladie. Il faut se méfier de leur action sur les femmes excitables et très nerveuses.

Les cures thermales ont souvent de bons effets dans le traitement de la métrite parenchymateuse chronique. Mais on est embarrassé sur le choix des sources auxquelles on doit donner la préférence.

Certains gynécologistes font intervenir, comme indication principale, la période à laquelle est arrivée la maladie. Dans les premières phases, ils conseillent surtout

[1] Léopold, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 183. *Ueber den Werth des subcutanen Ergotininjectionen bei Fribromyomen und chronischer Hypertrophie des Uterus.*

Cet auteur a vu les injections d'ergotine réussir dans des cas de métrite chronique et l'utérus diminuer beaucoup en quelques semaines; ce sont surtout les cas de subinvolution qui sont favorablement influencés. D'autres malades ont été traitées pendant des mois (60 à 80 injections) sans obtenir aucune amélioration.

[2] Au siècle dernier, cette pratique des bains prolongés, à laquelle il ajoutait un peu d'eau de poulet en boisson, avait fait la réputation du docteur Pomme dans le traitement des maladies des femmes, dont le diagnostic était encore assez vague.

On comprend combien devait être nuisible, surtout dans un milieu déjà affaibli par l'abus des plaisirs de tout genre, la médication officielle de l'époque, les saignées générales, les purgatifs drastiques, la diète.

Aussi, rien que la suppression du traitement classique, jointe à cet élément de sédation si utile, le bain prolongé, dut-elle produire des effets merveilleux. C'est en effet ce qui arriva et ce qui fit le succès du docteur Pomme. Voyez *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, par Pierre Pomme, 3 vol. Paris, an VII.

les eaux indifférentes ou indéterminées, Plombières, Néris, Luxeuil. Plus tard les bicarbonatées sodiques, Vals, Vichy, Cusset. Enfin dans les périodes plus avancées les chlorurées sodiques, Bourbonne, Balaruc, Salins.

D'autres auteurs ont cherché dans les différentes diathèses, l'indication du traitement thermal.

Si la malade est herpétique on l'enverra aux eaux arsenicales, si elle est arthritique aux eaux alcalines, si elle est sous l'influence de la scrofule, aux sources sulfureuses.

C'est surtout pour terminer le traitement des affections utérines, que les eaux thermales seront utiles. Quand les ulcérations sont guéries, que l'utérus est diminué de volume mais qu'il subsiste encore des douleurs. Le traitement thermo-minéral doit toujours être dirigé avec une grande prudence. Il faut éviter les douches utérines ou vaginales et préférer les douches générales aux douches locales. Des irrigations, ou l'introduction d'un speculum dans le vagin pendant la durée du bain, permettent à l'eau d'arriver jusqu'au museau de tanche.

Dans les métrites peu douloureuses, presque toutes les stations thermales pourront être recommandées. Les sulfurées calciques, Enghien, Allevard ou les sulfurées sodiques, Saint-Sauveur, les Eaux Chaudes, Cauterets, Luchon, Aix, Challes. Les sulfureuses et chlorurées sodiques mixtes comme Uriage, ou chlorurées sodiques et bromoiodurées, Kreuznach, Kissingen, Nauheim, Salins, Salies de Bearn, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Gréouxls. Les bicarbonatées sodiques, Vichy, Cusset, Vals. Les eaux dites indéterminées ou faibles, Néris, Luxeuil, Aix (en Provence), Lamalou, Dax, Tœplitz (Bohême), Gastein (Autriche), Évian, Bagnères-de-Bigorre, Bagnols (Orne).

Nous avons encore les eaux bicarbonatées et chlorurées

sodiques mixtes comme Ems, Royat, et arsenicales, La Bourboule, le mont Dore.

Quand la métrite est douloureuse, que les malades présentent un certain degré d'hystéricisme, on ne saurait être trop circonspect dans l'administration des eaux. Les sulfureuses sont souvent trop actives dans ces cas, quoiqu'on ait eu quelques succès chez des femmes atteintes de métrite irritable avec dysménorrhée. En général, il vaut mieux conseiller aux malades très nerveuses, les eaux faibles ou indéterminées.

Dans les formes qu'on a désignées sous le nom de torpides, c'est-à-dire, où, malgré un catarrhe abondant et un organe très augmenté de volume, les souffrances sont peu intenses, on peut avoir recours aux sources sulfureuses ou aux chlorurées et bicarbonatées sodiques, surtout si les phénomènes dyspeptiques dominent. Dans ces derniers cas, si les malades ne pouvaient pas se déplacer, ou dans l'intervalle de deux cures, on conseillerait les eaux de Saint-Galmier, Condillac, Bussang, Orezza, Alet à prendre aux repas coupées avec du vin, ou pures; car certains dyspeptiques ne peuvent pas supporter le vin. Contre la constipation légère, les eaux de Carlsbad sont utiles. Si celle-ci est très rebelle, il faut s'adresser aux eaux de Pülna (Bohême), de Birmenstorff (Suisse), d'Hunyadi Janos (Hongrie).

Certaines complications présentent des indications spéciales. Vichy dans la lithiase biliaire; Contrexéville ou Vittel dans la gravelle.

Les chlorotiques se trouvent bien de l'usage des sources qui contiennent du fer: Passy, Auteuil, Forges, la Galerie du sud à Luchon, Spa.

Ne voulant pas nous étendre davantage sur cette question du traitement thermal, nous laissons nécessairement de côté un grand nombre de stations balnéaires auxquelles on

pourrait également s'adresser. Nous nous sommes contentés de signaler les principales.

D'une façon générale, c'est surtout dans le groupe des eaux dites indéterminées ou faibles, qu'on trouvera les indications les plus nombreuses pour la thérapeutique des affections utérines.

Les douches utérines d'acide carbonique, installées dans quelques établissements, sont un bon moyen de sédation. Ce procédé thérapeutique rentre plutôt dans le *traitement local* dont il nous reste à nous occuper.

Celui-ci varie, selon le degré d'ancienneté de la métrite.

Dans les premières périodes, quand l'organe est mou, rouge, augmenté de volume, il faut employer les émissions sanguines locales peu abondantes et souvent répétées. C'est aux scarifications du col que nous donnons la préférence. Il est nécessaire, au début, d'y revenir tous les 4 ou 5 jours. Quand on a obtenu une amélioration, on les espace de plus en plus. Chez certaines femmes fortement colorées, présentant cet aspect que l'on désignait autrefois sous le nom de *pléthorique*, il est bon de continuer pendant longtemps l'usage des scarifications une ou deux fois par mois, quelques jours avant l'époque présumée des règles. C'est dans ces premières phases de la métrite chronique, que les cautérisations fréquentes avec le nitrate d'argent sont le plus nuisibles.

Si les émissions sanguines locales ne suffisent pas à améliorer l'état des malades et à diminuer notablement le volume du col, on peut employer le cautère actuel et y faire de 4 à 6 piqûres de 5 à 8 millimètres de profondeur[1].

Quand l'organe utérin, de rouge, violacé, ramolli qu'il

[1] Voyez à ce sujet la thèse de M. Boda, 1875. *Traitement de la métrite parenchymateuse chronique.*

était, devient au contraire pâle, dur, résistant, les scarifications perdent leur efficacité. Ce qui ne doit pas nous surprendre, car elles ne donnent plus lieu qu'à l'écoulement de quelques gouttes de sang.

C'est alors surtout, qu'on obtient de bons résultats de la cautérisation avec le cautère actuel.

Il y a peu de modes de traitement dont on ait autant abusé et dont on abuse encore autant tous les jours. Il n'en est pas moins vrai que c'est un excellent moyen, dans les périodes avancées de la métrite chronique, où il rend des services considérables, sans présenter de danger, si on prend, toutefois, les précautions nécessaires. Ces précautions sont les mêmes, qu'on se serve de fers rougis au feu (fig. 88), du galvanocautère ou du thermocautère (fig. 89)[1].

Avant de pratiquer cette opération, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de lésions dans le voisinage de l'utérus, pas de pelvipéritonite plus ou moins ancienne. En outre on choisira, de préférence, une période intermenstruelle.

Ces conditions étant données, et la malade placée dans une position convenable, on découvre le col au moyen d'un speculum en bois, en ayant bien soin de n'embrasser que lui et de repousser toute partie de la muqueuse vaginale qui viendrait faire hernie sur un point quelconque de la circonférence du museau de tanche. On déterge avec de l'ouate, saisie dans les mors d'une pince à pansement, et on porte vivement sur le col, le cautère qui doit rester plus ou moins longtemps en contact avec les tissus, selon qu'on veut obtenir une eschare superficielle ou profonde.

Immédiatement après, on fait une abondante injection d'eau froide.

Cette opération n'est nullement douloureuse et le seul

[1] Le thermocautère du docteur Pacquelin, que nous employons le plus souvent, est d'un usage facile et commode pour ce genre de cautérisation.

temps quelquefois un peu pénible est celui de l'introduction du speculum. Celui-ci doit en effet avoir un diamètre assez

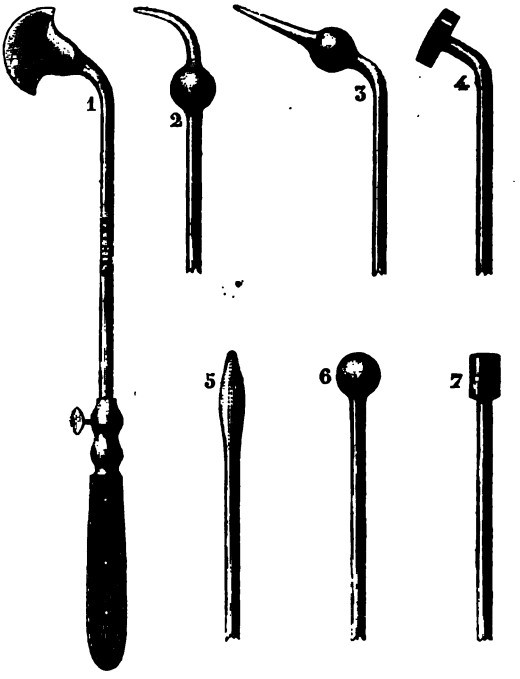


Fig. 88. — Diverses formes de cautères.

1. Cautère monté sur le manche. — 2. 3. Cautère en bec d'oiseau. — 4. Cautère nummulaire. 5. Cautère olivaire. — 6. Cautère sphérique. — 7. Cautère en roseau.

grand pour pouvoir entourer tout le col, souvent très hypertrophié[1].

Après la cautérisation, les malades garderont le repos au lit, c'est là une précaution que nous croyons indispensable et que nous recommandons toujours.

Une amélioration notable de l'état général et une diminu-

[1] Nous n'avons rien dit des crayons composés de nitrate de potasse et de charbon, que quelques auteurs ont conseillé pour cautériser le col. Nous croyons l'emploi du cautère métallique porté au rouge, d'un usage bien préférable.

tion du volume de l'utérus résultent, le plus souvent, de l'emploi du cautère actuel dans ces conditions.

Dans l'intervalle des cautérisations, on fera des pansements

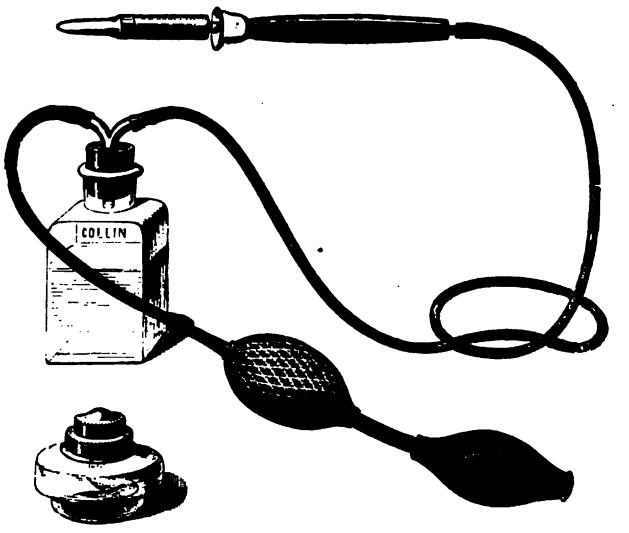


Fig. 89. — Thermocautère du docteur Paquelin.

au moyen de tampons d'ouate contenant 1 gramme d'iodure de potassium ou imbibés d'un liquide également ioduré[1]. La dilatation de la cavité utérine a été proposée comme moyen de traitement (Schultze). Ici, ce n'est plus, comme dans la métrite interne, pour explorer la muqueuse, ou porter à sa surface des agents modificateurs, mais plutôt dans le but d'exciter la contractilité de l'organe et de rendre de la vitalité à ses tissus. C'est en réalité sur cette même idée théorique, que sont basées toutes les médications conseillées dans les périodes avancées de la métrite parenchymateuse chronique.

C'est elle, également, qui a donné lieu à la méthode de

[1] Glycérolé d'amidon. . . . . 30 grammes.
Iodure de potassium . . . . . 4 —

traitement par le massage de l'utérus, employée surtout en Suède dans ces dernières années. Ce procédé a été vivement attaqué et généralement repoussé, même dans le pays où il a pris naissance.

Plusieurs complications présentent des indications spéciales.

Les hémorrhagies seront traitées à l'aide des moyens que nous avons indiqués au chapitre de la métrite interne.

Le prurit vulvaire doit être combattu par les agents signalés précédemment à propos de cette manifestation morbide[1].

Contre la cystite, nous avons les balsamiques, les bains alcalins, le bromure de potassium.

Les troubles digestifs, les douleurs névralgiques, réclament des modifications dans le traitement, mais cette thérapeutique n'a rien de spécial pour la métrite, et s'applique également aux accidents dyspeptiques et nerveux développés sous une autre influence.

C'est ainsi que pour les dyspepsies acides ou flatulentes, les alcalins, les poudres absorbantes jointes à l'usage de certaines eaux minérales aux repas[2], répondent aux indications principales. Le bromure de potassium, de petites doses de narcotiques, des injections sous-cutanées de morphine ou de chloroforme[3], combattront les manifestations douloureuses et les phénomèmes nerveux en général.

L'hygiène des femmes atteintes d'affections utérines demande à être dirigée attentivement.

On doit éviter le repos au lit, ou sur une chaise longue, pendant des mois entiers, comme le conseillait Lisfranc.

[1] Voyez page 57.

[2] Nous avons déjà cité les sources auxquelles on a le plus souvent à s'adresser, p. 371.

[3] On peut également porter les vapeurs de chloroforme sur le col utérin lui-même, au moyen de certains appareils (fig. 90).

f les cas d'hémorrhagies, que le repos suffit souvent
ɔ cesser, les malades doivent prendre un exercice mo-
sans fatigue.

rapprochements sexuels seront autant que possible

Fig. 90. — Appareil pour l'irrigation des vapeurs de chloroforme.

A. Tube de verre plongeant au milieu d'ouate ou de fragment d'éponge imbibés de chloroforme. — B. Tubulure sur laquelle est adapté un tube permettant l'issue de la vapeur de chloroforme projetée par l'insufflateur D. — C. Tubulure traversée par le tube de l'insufflateur. — E. Canule.

dans les premières périodes. Plus tard, la continence
ɔins nécessaire. Il est bien rare, qu'à ce sujet, les
iptions du médecin soient régulièrement suivies.

Au moins cherchera-t-on à obtenir le repos de l'organe, aux approches des époques menstruelles. La disposition qu'a la métrite chronique à récidiver, après des périodes d'amélioration prolongées, doit engager à surveiller l'état des malades pendant un temps assez long, malgré une guérison apparente.

Des ulcérations du col de l'utérus [1].

Nous avons eu souvent l'occasion, en décrivant les principales formes cliniques de la métrite, de signaler la présence d'ulcérations sur le col de l'utérus.

La fréquence de ces ulcérations et les nombreuses discussions auxquelles elles ont donné lieu, nous ont engagé à en faire le sujet d'un chapitre séparé.

L'importance qu'on leur a attribuée a beaucoup varié selon les époques.

Avant Récamier et l'emploi du spéculum, elles étaient presque inconnues. Les accidents causés par les affections utérines étaient mis sur le compte de la chute ou de l'abaissement de l'organe.

Pour Récamier, au contraire, comme pour Lisfranc et pour leurs élèves, toutes les manifestations morbides, dépendant de ce groupe d'affections, devaient être attribuées aux ulcérations. D'où la conséquence, qui ne s'est que trop conservée jusqu'à nous, de traiter uniquement cette lésion.

Plus tard, une autre école, dont Velpeau fut un des plus ardents défenseurs, reconnut qu'on avait beaucoup exagéré l'importance des abaissements, et des altérations du col.

On vit, en effet, que l'abaissement ne cause d'accidents que quand il est très prononcé.

On observa, en outre, que les ulcérations n'étaient pas

[1] Pour éviter les répétitions, nous avons renoncé ici à mettre dans un paragraphe séparé le diagnostic et le traitement de chaque espèce d'ulcération.

toute la maladie, dont elles ne constituaient qu'un des nombreux symptômes. Pour cette école, ce qui dominait la pathologie utérine, c'était la flexion du corps sur le col.

Enfin nous en arrivons à la période actuelle, qui se signale par le mémoire de M. Gosselin en 1843. Beau, Valleix, Aran, et une foule d'observateurs en France et à l'étranger, commencèrent à donner à la métrite le rang primordial qu'elle a droit d'occuper dans l'histoire pathologique de l'utérus.

Par ce rapide coup d'œil rétrospectif, nous avons rappelé les diverses phases qu'a traversé, de nos jours, l'histoire des ulcérations utérines. Nous aurons l'occasion de revenir sur un grand nombre de ces questions, principalement à propos du prolapsus et des déviations.

Mais nous pouvons déjà considérer comme démontré, que les ulcérations n'ont qu'un intérêt de second ordre dans la pathogénie de la métrite. Elles n'en sont pas moins intéressantes, nécessaires même, à étudier, et peuvent présenter, dans certains cas, des indications tout à fait spéciales.

La métrite n'est pas l'unique cause des lésions ulcératives du museau de tanche. Nous retrouvons encore ici, comme pour les diverses formes de l'inflammation utérine, une quantité d'espèces plutôt admises théoriquement que démontrées anatomiquement, et dont les caractères cliniques sont tout à fait illusoires, pour la plupart[1].

Nous diviserons les ulcérations du col utérin en trois groupes principaux.

1° Le premier contient des lésions essentiellement bénignes, le plus souvent associées à la métrite.

2° Le second, des altérations également bénignes comme

[1] M. Courty insiste sur les différences qu'il y a entre l'ulcération, l'ulcère et l'exulcération. Nous croyons préférable d'employer principalement l'expression générale d'*ulcération*.

affection locale, mais de nature contagieuse, le chancre mou et les diverses manifestations de la syphilis.

3° Celles qui constituent le troisième sont graves de toute façon; ayant une double tendance à détruire localement les tissus, et à se généraliser vers d'autres organes. Ce sont les ulcérations cancéreuses.

Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que des deux premières catégories, la troisième se rapportant à la description du cancer utérin[1].

Premier groupe. — Ulcérations bénignes.

Les ulcérations bénignes qu'on observe sur le museau de tanche sont de deux sortes.

Les unes dépendant de la métrite, les autres dépendant d'éruptions diverses.

Ulcérations dépendant de la métrite.

Nous ferons rentrer dans cette catégorie les lésions cervicales si fréquentes pendant la grossesse. Cet état physiologique, en effet, met l'utérus dans des conditions d'activité et d'hyperémie, qui ressemblent, par certains côtés, à ce qui existe dans les premières périodes de la métrite.

C'est en nous rappelant l'anatomie du museau de tanche, que nous comprendrons le mieux la structure des diverses variétés d'ulcérations.

Nous avons vu, qu'à l'état normal, la muqueuse était constituée par des papilles conjonctives et vasculaires, comparables à celles de la peau. Ces papilles sont recouvertes d'une couche épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié.

[1] M. Desprès admet quatre formes d'ulcères du col : L'ulcère erythémateux, l'ulcère glandulaire, l'ulcère chancreux et la plaque muqueuse. (*Traité iconographique des ulcérations utérines*, 1870, p. 35.)

1° Si l'épithélium se desquame, nous avons l'érosion simple.

2° Si les papilles s'hypertrophient après leur dénudation, on observe cet aspect velouté que présentent certaines de ces lésions. Sur un fond rouge jaunâtre, existe un semi de petits points d'un rouge intense. Quand on frotte légèrement la surface ulcérée, on voit sourdre de chacun des points rouges, une gouttelette de sang. Ces points représentent l'extrémité des anses vasculaires qui, à l'état normal, occupent le centre des papilles:

3° Si l'inflammation s'étend au champ papillaire et s'accentue davantage, la production du tissu embryonnaire arrive à constituer de véritables bourgeons inflammatoires, analogues à ceux qui se développent à la surface des plaies exposées.

Selon l'exubérance et les formes variées de ces bourgeons, on a les ulcérations granuleuses, fongueuses, végétantes.

Quant aux lésions provenant de l'inflammation des glandes, elles ne peuvent exister qu'au voisinage de l'orifice cervical. Puisqu'en dehors de ce point, à l'état normal, on n'a jamais trouvé d'éléments glandulaires dans la muqueuse qui revêt la surface externe du museau de tanche.

Au contraire au pourtour de l'orifice, on voit souvent de petits kystes ou de petits abcès provenant des glandes à épithélium caliciforme. La nature du produit qui s'en écoule quand on les incise, ne peut laisser aucun doute sur leur origine. Et il est tout simple d'admettre, que ce soit là le point de départ de certaines ulcérations.

Nous ne parlerons pas ici du diagnostic différentiel, souvent si difficile, entre la lésion dépendant de la métrite chronique, et celle de mauvaise nature ou cancéreuse. Cette discussion sera plus utilement exposée, quand nous aurons fait l'histoire du cancer. Disons, en passant, qu'en

général, une ulcération d'un rouge vif, exubérante, donnant du véritable pus, n'est pas une lésion cancéreuse.

Ulcérations dépendant d'éruptions diverses.

Nous nous heurtons encore ici aux opinions les plus opposées émises par les gynécologistes. Ainsi, pour ne parler que des auteurs français, M. Courty admet pour le col utérin l'érythème, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus, l'acné, l'impétigo, l'ecthyma, les éruptions syphilitiques[1]. M. Gallard, au contraire, considère toutes les ulcérations comme dépendant de la métrite[2], excepté, bien entendu, celles de la syphilis ou du cancer. Il nie absolument l'existence des lésions de nature herpétique, auxquelles d'autres observateurs attachent une importance primordiale[3]. En l'absence d'anatomie pathologique, qui, malheureusement, n'a été faite que très incomplètement, il est bien difficile de formuler une opinion motivée, au milieu de ces assertions contradictoires[4].

Cependant, la clinique nous apprend, qu'il existe sur le museau de tanche, des ulcérations superficielles, fugaces, ne se compliquant pas de métrite. Leur aspect et leur marche, leur coïncidence avec des manifestations cutanées en apparence de même nature, nous autorisent à les considérer comme dépendant d'éruptions diverses développées sur la muqueuse du col utérin.

Nous passerons sous silence la description des *ulcérations tuberculeuses* de la région cervicale. Les caractères anatomiques attribués à ces lésions, par les auteurs qui les ont

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 779.
[2] Gallard, *loc. cit.*, p. 352.
[3] Voyez Guéneau de Mussy, *loc. cit.*
[4] L'examen histologique pratiqué par Lebert et cité par M. Gueneau de Mussy est trop incomplète pour éclairer la question. — Voyez Gueneau de Mussy, *loc. cit.*, t. II, p. 298.

signalées, n'ont aucune signification qui leur soit propre et qui permette de les reconnaître.

Deuxième groupe. — Ulcérations de nature contagieuse.

Dans cette catégorie nous rencontrons d'abord le *chancre mou*. Celui-ci se présente sur le museau de tanche, avec les mêmes caractères que nous lui avons décrit dans d'autres régions, bords taillés à pic, fond grisâtre [1].

Le *chancre syphilitique* ou *chancre infectant* s'observe sur la muqueuse cervicale, avec un aspect qui permet ordinairement de le reconnaître. Ses dimensions varient entre celles d'une lentille et d'une amande.

Lisse et uni à sa surface, il revêt une couleur grise uniforme ou pointillée de rouge, d'un gris-bleuâtre vers le centre, et d'un rouge vif sur les bords. Sa sécrétion est peu abondante, et il est absolument indolent. L'induration y est souvent impossible à percevoir.

Le chancre syphilitique du col se modifie, même spontanément, se répare et se cicatrise, avec une rapidité qui a frappé tous les auteurs qui se sont occupés de son histoire [2]. Ce qui indique la fréquence des cas où il doit passer inaperçu.

On peut admettre, pour les syphilides du col utérin, les mêmes formes que pour celles de la vulve [3]. Le diagnostic de ces lésions et souvent fort difficile à affirmer. Leur couleur grisâtre et la facilité avec laquelle elles disparaissent et se modifient en quelques jours, serviront quelquefois à les reconnaître [4].

[1] Voyez page 91.

[2] M. Schwartz a réuni 25 cas de chancres simples et 19 cas de chancres syphilitiques du col utérin. (Thèse de doctorat, Paris, 1873.)

[3] Voyez page 106.

[4] Nous avons déjà parlé de l'hypertrophie du col avec ulcération, que M. Aimé Martin considère comme une manifestation de la syphilis secondaire. (Voyez page 366.)

Traitement. — Ce sont principalement les ulcérations dépendant de la métrite dont nous aurons à nous occuper au point de vue du traitement. Celles-ci guérissent quelquefois sans l'emploi de substances médicamenteuses. Et on voit ces vastes lésions ulcératives bourgeonnantes, si fréquentes dans les premières périodes, disparaître sous la seule influence des scarifications.

Il peut y avoir lieu cependant de leur appliquer un traitement topique.

Les agents les plus divers ont été tour à tour conseillés. Dans le choix de ces moyens, on doit faire entrer en ligne de compte la phase de la maladie.

C'est ainsi que, pendant la période congestive, les cautérisations au nitrate d'argent ont une action plus nuisible qu'utile. Sous leur influence, la surface ulcérée bourgeonne de plus en plus. Ce médicament peut être employé dans les métrites de date ancienne, encore lui préférons-nous plusieurs autres caustiques, principalement l'acide chromique[1].

On a beaucoup préconisé et beaucoup attaqué l'emploi de cet acide contre les ulcérations utérines. On l'a surtout accusé de produire des accidents d'intoxication. Le fait serait peut-être vrai, si la cautérisation avait lieu sur une grande surface. Mais rien de semblable ne s'observe pour le col de l'utérus, à cause des dimensions peu étendues de la lésion. Dans ces conditions, nous avons employé l'acide chromique un grand nombre de fois, sans avoir jamais à déplorer l'accident même le plus léger[2].

Mais à la condition d'avoir recours à quelques précau-

[1] Nous employons une solution à parties égales d'acide chromique cristallisé et d'eau. (Voyez p. 345.)

[2] Voyez à ce sujet Sims, *loc. cit.*, p. 47. — Kruel, thèse de Strasbourg, 1870. — Rousseau, thèse de Paris, 1878.

tions indispensables, sans lesquelles ce caustique peut devenir dangereux.

Il faut porter l'acide sur le point à cautériser, à l'aide d'un peu d'ouate enroulée à l'extrémité d'une petite tige de bois. Avoir soin que la quantité de liquide soit juste suffisante pour ne pas s'écouler au delà de la région sur laquelle on veut agir, et faire immédiatement une injection à grande eau, qui entraîne tout ce qui pourrait en rester.

Nous avons vu, à la suite de cautérisations mal faites, se produire de vastes eschares du vagin, dont les conséquences auraient pu être graves.

Avec les précautions nécessaires, nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de l'action de ce caustique contre les ulcérations du col de l'utérus. Aussi est-ce celui auquel nous donnons généralement la préférence.

Les acides acétique, pyroligneux, phénique, sont également employés. Avec l'acide phénique, il est difficile de limiter le point où s'arrête l'action escharotique, tandis que rien n'est plus aisé avec l'acide chromique.

Le perchlorure de fer, la teinture d'iode, l'iodoforme, le tannin, l'alun, le chloral[1], la créosote[2], le collodion simple ou iodé, sont également des topiques souvent utiles.

Des pansements répétés avec des tampons imbibés d'un mélange de glycérine, de tannin, et d'acide phénique, dans les proportions que nous avons indiquées[3], nous ont donné de bons résultats.

On fait quelquefois usage de sachets de mousseline rem-

[1] Toucher l'ulcération tous les jours avec :

Chloral	1	grammes.
Eau	25	—

[2]

Glycérine	20	grammes.
Alcool	10	—
Créosote (pure)	1	—

[3] Voyez page 345.

plis de diverses substances associées entre elles, quinquina, tannin, farine de graine de lin, poudre d'amidon, ce sont là de véritables cataplasmes vagino-utérins[1].

TUMEURS DE L'UTÉRUS

De tous les organes de l'économie, l'utérus est un des plus disposés au développement des divers néoplasmes. La variété des éléments qui entrent dans sa structure, et surtout l'activité fonctionnelle à laquelle il est soumis pendant une grande partie de la vie de la femme, nous expliquent cette fréquence. Les changements physiologiques qui résultent de la menstruation et de la grossesse jouent évidemment un rôle considérable, relativement à l'étiologie des tumeurs utérines. Nous en trouvons une preuve dans la rareté de ces productions chez les enfants et pendant les premières années qui suivent l'établissement des règles.

Parmi ces néoplasmes, les uns sont formés de tissu conjonctif ou musculaire, tels que les fibromyomes, les myxomes, les sarcomes. D'autres se développent aux dépens des éléments glandulaires ou épithéliaux, comme les polypes muqueux, les différentes formes d'épithéliomes.

On pourrait également les grouper, au point de vue clinique, en *tumeurs bénignes* et *tumeurs malignes*[2]. Sans nous astreindre à une classification précise, nous commencerons par la description de celles qui entrent dans la première catégorie.

[1] Nous employons des sachets ainsi composés :

Graines de lin	10 grammes.
Tannin	50 centigr.

[2] Nous appelons *bénignes*, celles qui ne tendent pas à la généralisation et ne récidivent pas après ablation. Au contraire, les tumeurs *malignes* récidivent presque toujours, soit sur place, soit sur d'autres organes plus ou moins éloignés.

Les néoplasmes de ce groupe, le plus souvent observés, sont, les corps fibreux ou fibromyomes et les différentes espèces de polypes.

Corps fibreux ou fibromyomes de l'utérus[1].

Anatomie pathologique. — Ces productions s'observent si fréquemment, que Bayle les considère comme existant sur un cinquième de femmes ayant dépassé l'âge de trente-cinq ans.

Elles sont tantôt uniques et tantôt multiples. On en a trouvé jusqu'à quarante sur un même utérus[2].

Leurs dimensions varient, depuis celles d'un pois jusqu'à celles d'une tête d'adulte. Elles peuvent atteindre des proportions suffisantes pour peser jusqu'à 40 kilogrammes.

Virchow, comme nous l'avons déjà dit à propos de la métrite chronique, considère ces deux affections, fibroïde et hypertrophie utérine, comme étant de même nature[3].

C'est qu'en effet, la structure de ces tumeurs, constituées par des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif fibreux, est absolument comparable à celle de l'utérus lui-même.

Quand le tissu conjonctif reste lâche et mou, les faisceaux musculaires conservent une disposition plus régulière et souvent parallèle. Au contraire, dans les tumeurs fibromusculaires dures, où le tissu interstitiel prend une densité plus grande, leur direction devient tortueuse, au point qu'on ne peut pas les développer sur une certaine longueur.

A ce moment la coupe de ces faisceaux présente, à l'œil nu, un aspect qui a la plus grande analogie avec la coupe des tendons et des fibrocartilages. On voit immédiatement

[1] On a également désigné ces tumeurs sous le nom de fibromes, myomes, fibroïdes, hystéromes.

[2] *Færster. Specielle Patologische Anatomie*, t. II, p. 425.

[3] *Loc. cit.*, t. III, p. 343.

les uns à côté des autres, des tractus fibreux à directions longitudinale et transversale. Les lignes qu'ils forment ne sont point parallèles, mais sinueuses et entre-croisées (fig. 91).

Comme le tissu musculaire à cellules lisses est par lui-même incolore et emprunte à peine aux vaisseaux sanguins

Fig. 91. — Coupe longitudinale d'un fibromyome remplissant la cavité utérine (d'après Cruveilhier).

qui s'y distribuent une teinte faiblement rosée, la couleur de ces tumeurs varie du blanc au blanc rosé, ou au gris rougeâtre plus ou moins marqué.

S'il existe une grande quantité de tissu interstitiel dense, la surface de section peut être d'un blanc brillant, comme satiné.

Certains de ces fibromyomes, car c'est là la meilleure dénomination histologique à leur donner, paraissent formés de différents lobes, résultant de ce que plusieurs petites tumeurs se sont fondues en une seule. D'autres fois le néoplasme est globulaire, à surface lisse, plus ou moins régulièrement sphérique[1].

[1] Virchow, *Traité des tumeurs*, t. III, p. 404.

Les rapports qui existent entre la quantité de fibres musculaires et de tissu conjonctif varient à l'infini.

Clarke et beaucoup d'auteurs contemporains nient la vascularisation des fibromyomes. Virchow dit au contraire « qu'ils sont toujours vascularisés, quoique faiblement d'habitude ». Quelquefois même, l'élément vasculaire prend un tel développement, que ces tumeurs constituent alors ce qu'on a appelé des myomes télangiectasiques ou caverneux. Ces dernières formes sont rares.

Dans tous ceux que nous avons étudiés, il existait toujours des vaisseaux situés dans le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux musculaires. Le nombre et la disposition de ces vaisseaux, plutôt veineux qu'artériels, est très variable d'un cas à l'autre, mais nous n'avons jamais rencontré de tumeurs qui en fussent complètement privées. C'est surtout dans les points, qui avoisinent le néoplasme, que se produit un développement vasculaire considérable. On a observé des nerfs dans les fibromyomes.

L'utérus est en général épaissi et augmenté de volume. Il arrive cependant, surtout dans les cas de fibromes sous-péritonéaux, qu'il est attiré en haut, ses parois s'amincissent et finissent par s'atrophier[1], de sorte que la tumeur est immédiatement en rapport avec le péritoine. D'autres fois il est au contraire abaissé, ou subit les déviations les plus diverses.

Les fibromyomes sont souvent situés comme des corps étrangers, libres dans le parenchyme utérin. Dans ces cas, ils sont entourés d'une véritable capsule de tissu fibreux et s'énucléent avec la plus grande facilité[2].

Quelquefois ils se confondent en grande partie avec le tissu utérin lui-même.

[1] Voyez figure 95.
[2] Voyez figure 92.

On observe dans ces néoplasmes, de grandes lacunes lymphatiques, pareilles à celles que nous avons signalées dans la métrite parenchymateuse chronique, ainsi que des îlots d'éléments embryonnaires, comme dans les premières périodes de cette affection.

Ces deux derniers faits, dilatation des espaces lymphatiques et formation de tissu embryonnaire localisé, confirment la ressemblance anatomique, admise par Virchow, entre la métrite chronique et les fibromyomes.

Ces tumeurs peuvent subir une série de transformations dont l'étude est intéressante :

1° *Ramollissement.* — Le ramollissement se produit selon trois processus différents :

(*a*) *Œdème.* — L'œdème est quelquefois assez accusé pour présenter une pseudo-fluctuation pouvant faire croire à un kyste. Si l'on pratique une ponction, il ne s'écoule rien ou à peine quelques gouttes de sérosité. Sous l'influence de l'œdème, les faisceaux musculaires peuvent s'atrophier.

(*b*) *Dégénérescence graisseuse.* — Les fibromyomes subissent également la dégénérescence graisseuse, et les fibres musculaires se résorbent, grâce à un processus que l'on a comparé à celui de l'involution puerpérale. Nous reviendrons plus en détails sur ces faits, à propos de la marche de la maladie.

(*c*) *Dégénérescence myxomateuse.* — On a admis que les fibromyomes peuvent se transformer en tissu muqueux. Nous n'avons jamais eu l'occasion de constater cette structure anatomique dans ce genre de tumeur.

2° *Induration.* — Beaucoup d'auteurs ont avancé que sous l'influence de la rétraction du tissu fibreux, amenée peut-être par des inflammations interstitielles, les fibres musculaires disparaissent et la masse morbide diminue de volume en devenant de plus en plus dure. C'est surtout

au moment de la ménopause, que des faits de ce genre ont été signalés.

3° *Calcification.*— La transformation calcaire se rencontre assez fréquemment. Ce sont principalement les tumeurs interstitielles ou sous-péritonéales (nous allons revenir sur ce que l'on doit entendre par ces expressions), qui subissent cette calcification[1]. Ce dépôt de sels calcaires se fait ordinairement du centre à la périphérie. Les cas où il existait seulement une couche calcifiée à l'extérieur sont tout à fait exceptionnels. Les tumeurs ainsi modifiées peuvent acquérir une dureté telle, que les coupes obtenues au moyen de la scie ont l'aspect de l'ivoire. On a cru longtemps que, dans ces cas, il y avait production de tissu osseux, et Virchow l'admet sans l'avoir jamais vu, dit-il[2]. Nous ne connaissons pas une seule observation histologique concluante en faveur de cette opinion. Toutes les tumeurs que nous avons examinées, quelque grande que fût leur ressemblance, à l'œil nu, avec le tissu osseux, n'en présentaient jamais la structure histologique[3].

Quelquefois, des corps fibreux calcifiés se détachent peu à peu des tissus qui les entourent, pénètrent dans la vessie, ou sont expulsés spontanément. C'est à ces productions qu'on a donné le nom de *pierres utérines*, de *calculs utérins*. Leur existence a été connue dès la plus haute antiquité, comme nous le montre l'histoire de la Thessalienne d'Hippocrate.

Ces tumeurs fibrocalcaires peuvent acquérir des dimensions suffisantes pour peser jusqu'à 10 kilogrammes.

[1] L'analyse chimique a montré que ces dépôts calcaires étaient composés de phosphate, de carbonate et de sulfate de chaux.

[2] *Loc. cit.*, p. 308.

[3] Dans un cas, Freund dit avoir trouvé une véritable production osseuse. *Beiträge zur Gynäkologie*, t. III, p. 152, cité par Gussérow, *Die Neubildungen des Uterus*. Stuttgart, 1878, p. 32.

On trouve également plusieurs noyaux de calcification disséminés sur différents points.

4° *Suppuration et gangrène.* — Les corps fibreux de l'utérus ont peu de disposition à s'enflammer. On a cependant publié un certain nombre d'observations de fibromyomes suppurés, et nous en avons vu des exemples.

La dégénérescence gangréneuse envahit quelquefois ces tumeurs. Le sphacèle se produit, le plus souvent, consécutivement à l'inflammation de la capsule qui les enveloppe. On comprend, en effet, puisque c'est là que siègent la plupart des vaisseaux, que des tromboses s'y développent, entraînant des troubles nutritifs du côté du néoplasme.

Certaines tumeurs sont en partie calcifiées et en partie gangrénées.

5° *Transformation cancéreuse.* — La transformation cancéreuse des corps fibreux a été admise par quelques auteurs, à une époque où l'histologie était peu avancée. Il n'en existe pas, croyons-nous, de cas bien démontrés, et l'observation de Klob, citée dans la plupart des traités d'anatomie pathologique, ne nous paraît rien moins que concluante [1].

Mais on peut voir l'infiltration cancéreuse envahir consécutivement un corps fibreux, ce qui est bien différent.

6° *Dégénérescence kystique.*—On rencontre, assez souvent, dans les corps fibreux utérins, des cavités kystiques, auxquelles Cruveilhier avait donné le nom de géodes (fig. 92)[2]. Ces cavités, tantôt uniques et tantôt multiples, atteignent quelquefois de grandes dimensions et arrivent à former ces vastes tumeurs fibrocystiques, si difficiles à différencier des kystes de l'ovaire. L'intérêt clinique et anatomopatholo-

[1] Klob, *loc. cit.*, p. 165.

[2] On désigne en minéralogie, sous le nom de Géodes, des pierres creuses présentant une cavité tapissée de masses cristallines ou de matières minérales concrétionnées.

gique qui s'attache à cette variété de fibromyomes, nous a engagé à en faire le sujet d'un chapitre distinct[1].

Les tumeurs fibreuses de l'utérus se développent toujours dans les parois mêmes de l'organe. Sous l'influence de

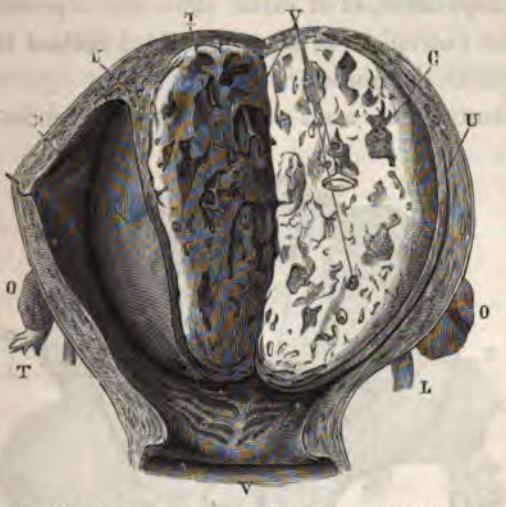


Fig. 92. — Tumeur fibreuse contenant des cavités (géodes) (d'après Cruveilhier).

U. U. Parois de l'utérus. — P. Surface de la tumeur. — C. C. Cavités kystiques (géodes). — V. Vaisseaux sanguins. — O. O. Ovaires. — T. Trompe. — L. Ligament rond. — V. Vagin.

causes plus ou moins inconnues, tantôt le néoplasme se dirige vers la surface et devient *sous-péritonéal*. Tantôt il fait saillie sous la muqueuse, et on le désigne par le nom de *sous-muqueux*. (C'est un degré plus avancé de ces tumeurs sous-muqueuses qui forme les polypes fibreux pédiculés, dont nous nous occuperons plus tard.) Il peut également rester inclus dans les parois utérines, et on le nomme alors *interstitiel* (fig. 93).

Enfin, on voit aussi des corps fibreux se développer aux dépens du col.

[1] Voyez page 413.

Nous allons étudier les principaux caractères de ces diverses variétés.

Les *tumeurs sous-séreuses* sont réunies à l'utérus par une large base, ou, au contraire, par un mince pédicule. Celui-ci peut disparaître, et il existe alors une séparation complète entre l'utérus et la tumeur, celle-ci flottant librement dans la cavité abdominale.

Elles contractent, assez souvent, des adhérences avec les

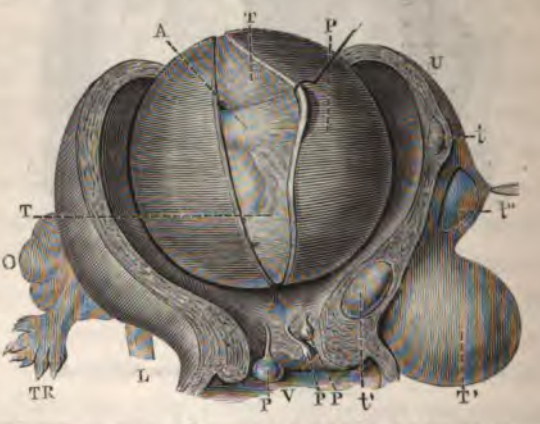


Fig. 93. — Tumeurs fibreuses multiples (d'après Cruveilhier).

U. Parois de l'utérus. — T. T. Grosse tumeur remplissant toute la cavité utérine. — P. Capsule enveloppant la tumeur. — A. Tissu situé au-dessous de la capsule. — T'. Tumeur sous-séreuse. — t. t'. Tumeurs interstitielles. — t''. Tumeur interstitielle tendant à devenir sous-séreuse. — P. P. P. Polypes muqueux de la cavité cervicale. — O. Ovaire. — TR. Trompe. — L. Ligament rond. — V. Vagin.

organes voisins et trouvent ainsi de nouveaux centres de nutrition.

Les fibromyomes sous-séreux, en s'élevant au-dessus du petit bassin, peuvent entraîner avec eux et allonger l'utérus, au point que le doigt introduit dans le vagin n'atteigne plus le museau de tanche. On a même observé des cas de séparation entre le corps et le col, les deux segments n'étant unis que par un étroit tractus fibreux[1].

[1] Voyez figure 95.

Il est plus rare qu'ils refoulent l'organe de haut en bas, et donnent lieu au prolapsus.

Ces mêmes tumeurs ont été cause d'étranglement interne.

Quelquefois elles se développent latéralement entre les deux feuillets du ligament large. De grandes difficultés de diagnostic résultent de cette disposition.

Les *fibromyomes sous-muqueux* peuvent, comme les sous-séreux, adhérer au tissu utérin par une large base, ou par un point rétréci. Ils sont alors plus ou moins pédiculés et deviennent de véritables polypes. Quoiqu'il n'y ait pas de limite tranchée, entre certains corps fibreux sous-muqueux et les polypes, nous réserverons ce dernier nom, pour ceux dont le pédicule, nettement accusé, possède déjà une longueur notable.

Les tumeurs ainsi proéminentes dans la cavité sont le plus souvent recouvertes d'une couche de tissu utérin de 1/2 à 1 centimètre d'épaisseur (fig. 93, P). On en rencontre, cependant, qui ne sont recouvertes ni par la muqueuse ni par la couche musculaire. Dans ce cas, le pédicule est uniquement conjonctif, et sous l'influence de l'énucléation spontanée, les couches muqueuse et musculaire ont disparu. Au voisinage du néoplasme, la muqueuse elle-même est généralement gonflée, épaissie, hyperémiée.

L'utérus subit, dans son ensemble, un degré d'hypertrophie plus ou moins accusé, principalement si le corps fibreux passe à l'état de polype.

Les *tumeurs interstitielles*, quand elles sont peu volumineuses, ne font quelquefois aucune saillie, ni du côté de la séreuse, ni du côté du péritoine, et ne sont reconnaissables qu'à la coupe.

Mais à mesure que leurs dimensions augmentent, elles deviennent perceptibles sur l'une ou l'autre des surfaces utérines. Presque toujours entourées par une certaine

épaisseur de tissu conjonctif lâche, qui leur forme une espèce de capsule (fig. 93, t''), elles sont généralement plus riches en muscles que les autres variétés, et les éléments musculaires sont hypertrophiés, comme dans l'utérus gravide.

Leur différence de structure présente un intérêt clinique. Si le fibromyome est mou, il contient plus de muscles, plus de vaisseaux, et fait corps avec l'utérus, dont il est difficile de le séparer. Au contraire, plus il est dur, moins il y a de muscles et de vaisseaux, plus il y a de tissu conjonctif et plus il est énucléable. Cette seconde variété se rencontre plus fréquemment que la première.

Ces tumeurs possèdent généralement peu de vaisseaux, de petit calibre et difficiles à injecter. Dans les tissus qui les entourent, on rencontre souvent de grosses veines dilatées, comparables aux sinus veineux d'un utérus chargé du produit de conception. Cette disposition explique les accidents emboliques, qu'on observe quelquefois dans les cas de corps fibreux.

Le nombre de ces productions est des plus variables. Souvent uniques quand elles sont volumineuses, on en rencontre d'autres fois jusqu'à 40 et 50. Leur siège le plus habituel est la paroi postérieure ou le fond de l'utérus. Elles s'insèrent rarement sur la paroi antérieure, et presque jamais sur les parties latérales.

Quelquefois elles progressent peu à peu dans le tissu utérin sans se pédiculiser, et viennent faire saillie dans le vagin comme de véritables polypes.

Toutes les variétés peuvent s'observer sur une même malade. La figure que nous en donnons, empruntée à l'atlas de Cruveilhier, en est un bel exemple[1].

[1] Voyez figure 93.

Les *fibromyomes du col* sont plus rares que ceux du corps[1]. Ils sont également *sous-séreux*, *interstitiels*, ou *sous-muqueux*; ces derniers sont les plus fréquents.

Les sous-séreux se développent quelquefois sur les parties latérales et sont difficiles à reconnaître cliniquement.

On a voulu expliquer la rareté relative des fibromyomes du col, par le peu de richesse musculaire de cette région.

Quoique le fait anatomique soit incontestable, l'interprétation ne nous semble pas admissible. Car, souvent, les néoplasmes du corps ne contiennent pas plus de fibres musculaires, que le tissu du col utérin normal. Nous invoquerions plutôt la différence d'activité qui existe, au point de vue physiologique, entre les deux segments de l'organe[2].

Symptômes et marche. — Les manifestations morbides causées par les fibromyomes utérins diffèrent, selon qu'ils appartiennent à une des trois catégories que nous avons décrites.

Les tumeurs *sous-séreuses* ne dépassant pas un certain volume sont souvent insignifiantes, et restent la plupart du temps inaperçues. Les accidents qu'elles causent ne sont dus, en général, qu'à leur développement considérable. Elles amènent alors des troubles de la miction et de la défécation. Il est curieux de voir que les troubles de la miction sont beaucoup plus fréquents que ceux de la défécation, quel que soit le siège de la tumeur. Cette fréquence des accidents du côté de la vessie a frappé tous les gynécologistes et a été signalée depuis longtemps. Dans des cas où

[1] D'après la statistique de Lee, sur 74 cas, il y en avait seulement 4 de fibromyomes du col. (Virchow, *loc. cit.*, t. III, p. 349.)

[2] Tous les gynécologistes ne s'accordent pas sur le degré de fréquence des fibromyones du col. Aran et Gallard les considèrent comme loin d'être rares. Mais on ne trouve, dans ces deux auteurs, aucun chiffre à l'appui de leur opinion.

l'écoulement de l'urine était entravé, on a vu survenir des accidents urémiques.

Nous ne reviendrons pas sur les déformations consécutives de l'utérus : nous nous sommes suffisamment étendu sur ce point, à propos de l'anatomie pathologique.

Quand la tumeur proémine vers le cul-de-sac postérieur, il peut y avoir une compression du rectum, poussée jusqu'à la rétention complète des matières, mais le plus ordinairement ne donnant lieu qu'à de la constipation ou au développement des hémorrhoïdes.

C'est dans cette variété qu'on observe le plus souvent des phénomènes inflammatoires de voisinage, dus à une péritonite partielle.

Les malades se plaignent de sensations anormales, qui diminuent ou cessent dans le décubitus dorsal. Les douleurs apparaissent souvent, avant ou au moment de la période menstruelle, et sont très variables selon les sujets. La compression opérée par le néoplasme sur les plexus nerveux peut amener des névralgies, et même des paralysies des membres inférieurs [1].

Les troubles de la circulation veineuse pourraient donner lieu à de l'œdème ou de l'ascite. Il faut pour cela des tumeurs tellement volumineuses, qu'on n'a qu'exceptionnellement l'occasion d'en observer. En général, l'œdème est plutôt un symptôme de tumeur maligne.

On a cité des cas d'embolies pulmonaires, consécutives à une thrombose des veines iliaques comprimées (Duguet, Sévestre).

Quand un certain degré de métrite chronique accompagne le développement d'un corps fibreux, on trouve réunis les symptômes des deux affections.

[1] Schrœder, *loc. cit.*, p. 225.

Souvent les tumeurs sous-séreuses ne conservent plus qu'un rapport très incomplet avec le tissu utérin. Cette disposition peut amener leur résorption plus ou moins totale, surtout si elles n'ont pas contracté d'adhérences avec les organes voisins.

Les *tumeurs sous-muqueuses* sont celles qui donnent le plus tôt lieu à des manifestations morbides. Leur rapport avec la surface interne de l'utérus produit de bonne heure des écoulements muqueux et surtout des hémorrhagies. Les deux genres d'écoulement alternent souvent l'un avec l'autre. Les différents liquides qui les constituent, sang ou muco-pus, proviennent plutôt des tissus avoisinant que du fibromyome lui-même.

Les malades commencent par voir leurs règles augmentées en quantité et en durée. Peu à peu ces ménorrhagies prennent une telle intensité, que la perte de sang dure presque sans discontinuité. Dans quelques cas, on observe des métrorrhagies dans l'intervalle des époques menstruelles, mais c'est la forme ménorrhagique qui est de beaucoup la plus fréquente. Ces pertes de sang amènent un état anémique, pouvant acquérir de la gravité.

Les fibromyomes sous-muqueux sont une cause de dysménorrhée.

Les tumeurs sous-muqueuses, comme les sous-séreuses, déforment quelquefois tellement l'utérus, qu'on a de la peine à reconnaître sa cavité. La stérilité peut résulter de leur présence. Les cas sont cependant nombreux, où la fécondation a eu lieu dans ces conditions.

Souvent la ménopause amène une amélioration, quelquefois même une guérison spontanée des symptômes causés par le néoplasme.

L'inversion utérine, consécutive au développement de certaines de ces tumeurs, a été observée, non-seulement à la

suite de l'accouchement, mais aussi chez des femmes nullipares[1].

Les *fibromyomes interstitiels* se manifestent, tantôt par les symptômes des tumeurs sous-péritonéales, tantôt par ceux des tumeurs sous-muqueuses. Par la position qu'ils occupent dans la paroi utérine, ils peuvent causer l'antéflexion ou la rétroflexion. Selon leurs dimensions, leur nombre et leur situation, on comprend qu'ils donnent lieu aux déformations les plus diverses.

C'est surtout dans cette variété qu'on a observé des ruptures de l'utérus, suivies de péritonite mortelle.

Les *tumeurs cervicales* sont moins souvent accompagnées d'hémorrhagies que celles du corps. Elles amènent plutôt un catarrhe abondant; différence qui nous est expliquée par l'anatomie normale de la région.

Le développement des fibromyomes est en général très-lent[2]. Le temps qu'ils mettent à s'accroître est en rapport avec leur structure. Plus ils contiennent de fibres musculaires, plus ils marchent rapidement. Au contraire, quand le tissu fibreux domine, leur volume n'augmente qu'avec une extrême lenteur.

Ils subissent des changements momentanés, sous l'influence de causes diverses. On en a vu diminuer tout à coup, chez des malades atteintes du choléra. La menstruation et la grossesse amènent, quelquefois, leur hypertrophie transitoire.

Les différentes variétés de fibromyomes peuvent ne se manifester par aucun signe clinique et leur existence n'être constatée qu'à l'autopsie.

Dans d'autres cas des tumeurs, ayant acquis un certain

[1] Pozzi, *loc. cit.*, p. 150.

[2] Nous verrons que les tumeurs fibrocystiques ont au contraire souvent un développement rapide.

volume et amené des accidents, cessent de s'accroître, ou reviennent à des proportions moindres, et tous les phénomènes morbides se dissipent.

Les cas de disparition spontanée de corps fibreux sont aujourd'hui assez nombreux dans la science[1].

Cette résorption se produit d'après les différents processus que nous avons étudiés, à propos de l'anatomie pathologique. La grossesse, la ménopause, paraissent avoir une influence sur ces phénomènes régressifs, quoiqu'on les ait observés, également, chez des femmes nullipares[2] et pendant la période la plus active de la vie sexuelle[3].

Tantôt ils subissent la dégénérescence graisseuse. D'autres fois tout le champ de la tumeur se met à suppurer, et la guérison peut s'ensuivre, ou bien la mort survient consécutivement à une péritonite ou à une infection purulente.

Il en est de même de la gangrène, qui peut entraîner à sa suite la guérison, mais plus souvent la mort. On voit les malades maigrir, présenter des symptômes fébriles, des signes d'infection putride en rapport avec la fétidité des liquides qui s'écoulent par la vulve.

Les masses altérées se font jour dans le péritoine, ou bien l'inflammation de la séreuse a lieu par propagation.

La dégénérescence gangréneuse est plus grave quand elle est consécutive à une exploration, que quand elle se produit spontanément.

Dans des cas rares, on a vu la tumeur se ramollir et être

[1] Voyez Guyon, *loc. cit.*, p. 56, et le mémoire de Guéniot, *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1872. Enfin Schrœder en a réuni 39 observations, *loc. cit.*, p. 229.

[2] Sur les 39 cas cités par Schrœder, il n'y en a que 6 où on puisse admettre l'influence de la puerpéralité.

[3] La résorption du néoplasme, quoique pouvant être considérée cliniquement comme complète, ne l'était pas, dans le sens anatomique du mot, dans les cas où on a eu le contrôle de l'autopsie. On a toujours trouvé quelques restes de tissu cicatriciel.

éliminée par morceaux, sans accompagnement de suppuration ni de gangrène.

L'expulsion spontanée des fibromyomes se produit par les voies naturelles, le plus souvent à la suite d'un accouchement, ou bien, après perforation, par les cavités environnantes, vessie, rectum, paroi abdominale[1].

Diagnostic. — Le diagnostic de ce genre de tumeur doit porter sur deux points principaux.

1° A-t-on affaire à un fibromyome?

2° A quelle variété appartient-il ?

Les détails anatomiques et cliniques dans lesquels nous sommes entrés nous dispensent de revenir sur la seconde question, nous n'aurons donc, ici, à nous occuper que de la première.

Les corps fibreux peuvent se confondre avec une série d'affections diverses, selon leurs dimensions et leur situation.

Ceux de la variété sous-séreuse sont en général faciles à distinguer, quand ils n'ont pas atteint un trop gros volume. Cependant s'ils se portent vers un des culs-de-sac et surtout le cul-de-sac postérieur, on pourrait les prendre pour une pelvipéritonite, un hématocèle, une rétroversion, une grossesse extra-utérine.

Dans la pelvipéritonite et l'hématocèle, les symptômes du début, la marche de la maladie, donnent des indications précieuses. En outre, la tuméfaction produite par ces deux affections est plus diffuse, plus difficile à limiter. La pression y est toujours plus ou moins douloureuse, et la sensation d'élasticité qu'elles présentent diffère de la dureté du corps fibreux.

[1] Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* contiennent un grand nombre d'observations intéressantes de ces divers modes d'élimination des fibromyomes.

Il faut souvent beaucoup d'attention pour différencier un fibromyome d'une rétroversion. On y arrive en associant le palper abdominal au toucher vaginal et rectal.

On ne doit jamais oublier, pour ce genre d'exploration, de vider préalablement la vessie; moyen qui ne met pas, cependant, toujours, à l'abri de l'erreur[1].

Le doute peut persister quelque temps entre une grossesse extra utérine et un corps fibreux. La marche ultérieure des deux affections permet toujours de les distinguer après une certaine durée.

C'est surtout quand le néoplasme est pédiculé et a atteint un volume considérable, qu'il devient difficile à différencier, principalement d'avec les tumeurs de l'ovaire. Les fibromes de l'ovaire sont tellement rares, comparés à ceux de l'utérus, qu'on n'a guère à s'en occuper. Il n'en est pas de même des kystes. Ceux-ci sont ordinairement fluctuants et les mouvements qu'on leur communique ne se transmettent pas à l'utérus, contrairement à ce qu'on observe avec les corps fibreux. A moins qu'il existe des adhérences entre la tumeur ovarique et l'utérus, ce qui augmente encore les difficultés du diagnostic.

La marche des deux affections diffère également. Assez rapide dans les kystes de l'ovaire, elle est ordinairement lente pour les fibromyomes[2].

Quand on rencontre les deux tumeurs réunies, il est souvent possible de faire la part de chacune.

Nous avons vu que les corps fibreux deviennent quelquefois libres dans la cavité abdominale et contractent des adhérences avec les organes voisins. Dans certains de ces cas, il

[1] Voyez l'observation publiée par Budin, *Bulletins de la Société anatomique*, 1874, p. 53.

[2] Nous faisons abstraction de ce qui concerne les fibromyomes kystiques, qui feront le sujet du chapitre suivant.

est difficile de les différencier d'avec les fibromes des parois abdominales, développés aux dépens des plans aponévrotiques [1].

Les fibromyomes interstitiels ou sous-muqueux peuvent être confondus avec la grossesse au début, la métrite chronique, le prolapsus, le cancer.

Dans la grossesse les règles sont supprimées ; il y a au contraire le plus souvent des hémorrhagies dans les cas de corps fibreux. Le ramollissement du col, le gonflement et la pigmentation des seins, même la présence du colostrum dans les mamelles, ne doivent pas être interprétés comme un signe exclusif de grossesse. Car on a observé tous ces phénomènes, chez des malades atteintes de tumeurs fibreuses. L'utérus gravide est plus mou, plus élastique, moins résistant que celui qui contient un fibrome.

Enfin, bientôt, le ballottement, et la présence ou l'absence des signes de certitude, permettront d'affirmer ou non la grossesse.

Pour ce qui est de la métrite, les cas sont quelquefois embarrassants, surtout si l'utérus est régulier. On observe dans les deux affections des écoulements sanguins ou mucopurulents. Dans la métrite, le museau de tanche est souvent ulcéré et les mouvements communiqués à l'utérus sont douloureux, contrairement à ce qu'on constate dans les corps fibreux. Ceux-ci amènent des douleurs spontanées à forme expulsive, qui ne se rencontrent guère dans l'inflammation chronique simple. La réunion fréquente des deux maladies, dont l'une est alors la conséquence de l'autre, rend, dans certains cas, le diagnostic encore plus incertain.

Le cathétérisme de l'utérus pourra nous être utile pour savoir s'il y a une tumeur et connaître son point d'im-

[1] Guyon, *Études sur les fibromes intra-pariétaux*. *Tribune médicale*, 1876, p. 257 et suiv.)

plantation. La situation du col utérin sera aussi mise à profit pour préciser le siège du néoplasme, qui est presque toujours en sens inverse de la direction du museau de tanche.

S'il n'existe pas de déviation, c'est ordinairement quand la tumeur est petite et sous-muqueuse.

La dilatation artificielle de la cavité cervicale nous donnera des renseignements encore plus précis.

C'est là, cependant, un moyen qu'on ne doit pas employer à la légère. Si on y a recours, il faut être prêt à opérer dans le cas où on rencontrerait un corps fibreux. Sans cela on s'expose à amener l'altération du produit pathologique et tous les dangers qui en résultent. En outre, la dilatation a été, quelquefois, la cause occasionnelle d'une péritonite mortelle.

C'est plutôt avec le cancer du corps qu'avec celui du col, qu'on pourrait confondre un fibromyome. Il nous paraît préférable de renvoyer ce diagnostic différentiel, ainsi que celui du prolapsus, aux chapitres où nous décrirons ces deux affections.

Les tumeurs du col sont souvent difficiles à bien reconnaître. L'orifice du museau de tanche est tellement refoulé, qu'on a beaucoup de peine à le trouver. Si la masse remplit tout le vagin, ce que l'on observe quelquefois, le toucher vaginal devient impossible et on en est réduit au toucher rectal.

Ce sont surtout ces variétés de corps fibreux qu'on a pris pour des inversions. La situation normale du fond de l'utérus doit empêcher l'erreur.

En outre, dans les cas d'inversion, la tumeur est sensible et ne l'est pas dans les autres.

Dans ces circonstances, on doit avoir recours à l'exploration au moyen du speculum de Sims.

Pronostic. — Les fibromyomes de l'utérus sont des tumeurs essentiellement bénignes, ne récidivant jamais, ni sur place, ni à distance. Des observations, où on avait cru à une récidive, étaient des cas de sarcomes, comme l'a montré l'examen histologique. Ou bien on a été trompé par la pédiculisation d'une tumeur dissimulée jusque-là. C'est ainsi qu'on a pu en enlever jusqu'à 29 sur une même malade, dans l'espace de quelques années (Kidd).

Ces productions n'entraînent de danger que par leur très grand développement, ou par les troubles de voisinage qu'elles occasionnent. Les hémorrhagies sont quelquefois assez abondantes pour acquérir une gravité réelle, soit par elles-mêmes, soit par l'anémie dont elles sont cause.

La suppuration, la gangrène, peuvent donner lieu tantôt à la guérison, tantôt à la mort des malades. La terminaison funeste est également amenée par une péritonite, ou par des accidents urémiques, dus à des phénomènes de compression empêchant l'élimination de l'urine. Cette complication est moins fréquente pour les corps fibreux que pour le cancer utérin.

Le volume et le siège de la tumeur, le temps qu'elle a mis à se développer, jouent, également, un rôle important dans le pronostic.

Les fibromyomes sont une cause fréquente de stérilité, soit par obstacle mécanique ou déviation de l'organe, soit par leur action sur la muqueuse utérine et par le catarrhe ou les hémorrhagies qui en sont la conséquence.

Leur influence sur la grossesse est des plus variables. Quelquefois absolument nulle[1], dans d'autres cas, elle détermine l'avortement, surtout si les tumeurs sont sous-

[1] M. Guéniot a observé le cas d'une femme, accouchée normalement sans aucun accident et ayant succombé à une atteinte de variole, dont l'utérus contenait 20 fibromyomes.

muqueuses ou développées dans la région cervicale. Les hémorrhagies produites pendant la gestation n'en interrompent pas forcément le cours, et on voit, malgré des pertes sanguines abondantes, l'accouchement se faire à terme.

Les corps fibreux entraînent, assez souvent, la rétroversion de l'utérus, disposition qui prend une grande importance chez les femmes enceintes.

Les complications qui résultent de la présence de ces tumeurs, relativement à la parturition, sont extrêmement inconstantes. L'accouchement peut se faire normalement et, contre toute probabilité, malgré leur volume. Dans d'autres circonstances, outre l'obstacle mécanique qu'elles présentent, on les voit donner lieu à des hémorrhagies, à des insertions vicieuses du placenta, à des accidents de suite de couche.

L'étude des rapports qui existent entre les corps fibreux et l'accouchement, ainsi que les divers modes d'intervention auxquels ils peuvent conduire, présente un grand intérêt. Mais c'est là une question plutôt obstétricale et qui regarde les traités d'accouchement; nous ne nous en occuperons donc pas plus longuement ici[1].

Étiologie. — Les fibromyomes utérins constituent une des affections les plus fréquentes de l'organisme féminin. Bayle, comme nous l'avons dit, prétend qu'il en existe chez un quart des femmes ayant dépassé l'âge de 35 ans. Klob va encore plus loin et pousse la proportion à 40 pour 100.

Ce genre de tumeurs ne se développe guère avant la

[1] Voyez à ce sujet les *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1869, et Guyon, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse d'agrégration, Paris, 1860.

puberté. C'est de 30 à 50 ans que leur fréquence est la plus grande, comme le montrent toutes les statistiques[1].

Nous ne savons rien de précis, relativement aux causes qui influent sur la production de ces néoplasmes. On a avancé que la privation des fonctions sexuelles constituait une prédisposition. Ce serait plutôt le contraire qui résulterait des observations réunies à ce point de vue, d'après lesquelles la fréquence des corps fibreux est deux fois plus grande chez les femmes mariées ou ayant eu des enfants, que chez les nullipares.

La race paraît avoir une certaine importance étiologique. D'après les auteurs américains, les fibromyomes seraient très fréquents chez les négresses et les mulâtresses, et se développeraient également beaucoup plus tôt que dans la race blanche, assez souvent dès l'âge de 20 ans. Les négresses seraient, au contraire, rarement atteintes de cancer utérin.

Traitement. — Le traitement le plus sûr consiste à débarrasser les malades de leur tumeur. Ce résultat n'est pas toujours possible à atteindre, et il faut alors avoir recours à une médication symptomatique.

[1] Gusserow (*loc. cit.*) a réuni 955 cas donnant les chiffres suivants :

De 10 à 17 ans.	4 cas.
De 18 à 20 ans.	11
De 20 à 30 ans.	158
De 30 à 40 ans.	359
De 40 à 50 ans.	348
De 50 à 60 ans.	56
De 60 à 70 ans.	17
Total.	955 cas.

Les 528 cas réunis par Winckel donnent des proportions un peu différentes

Au-dessous de 20 ans	9 cas.
De 20 à 30 ans	98
De 30 à 40 ans	180
De 40 à 50 ans	180
De 50 à 60 ans	53
De 60 à 70 ans	8
Total.	528 cas.

Nous commencerons par étudier cette dernière. C'est principalement contre les métrorrhagies qu'elle doit être dirigée.

Pour cela, on aura recours aux applications froides sur l'abdomen, ou aux irrigations vaginales continues (fig. 94)[1].

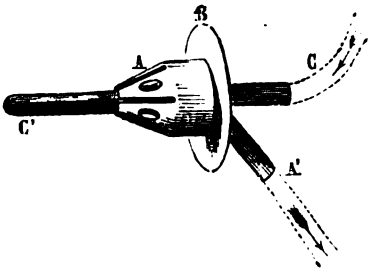


Fig. 94. — Irrigateur vaginal double d'Aran.

A. Tube perforé de trous permettant l'issue du liquide et son écoulement par le tube A'.— B. Plaque qui s'applique contre la vulve et qui l'obture. — C. C. Tube d'arrivée du liquide.

On a préconisé les irrigations chaudes. Celles-ci arrêtent parfois l'hémorrhagie, mais elle reparaît le plus souvent au bout de peu de temps. C'est donc à l'emploi des liquides froids que nous donnons la préférence[2]. On peut ajouter au liquide employé quelques substances astringentes, telles que le tannin ou le perchlorure de fer. Si l'hémorrhagie était très abondante, il ne faudrait pas hésiter à recourir au tamponnement, associé à la compression de l'aorte. Enfin, dans les cas extrêmes, on pourrait être autorisé à pratiquer la transfusion.

On a vu l'écoulement sanguin s'arrêter à la suite d'inci-

[1] Plusieurs appareils peuvent servir à cet usage, celui que nous avons représenté (fig. 94) est un des plus commodes.

[2] Cette observation clinique paraît ne pas concorder avec les résultats fournis par les expériences physiologiques, qui montrent que les contractions produites par une augmentation de température sont plus persistantes que celles causées par l'action du froid (p. 248). — Cette contradiction n'est qu'apparente, car dans les expériences on a étudié l'action brusque du froid, et ici nous avons recours à l'action continue.

sions profondes faites à l'orifice cervical. C'est probablement en diminuant la congestion des tissus, qu'agit ce mode de traitement. C'est dans la même idée de déplétion, qu'on a conseillé les saignées locales et la dilatation du col au moyen de l'éponge préparée.

Les cautérisations ou les injections intra-utérines avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, ont été quelquefois suivies de succès, mais c'est là un moyen dangereux et que nous n'oserions pas conseiller d'une façon générale, dans des cas de ce genre.

Les préparations d'ergot de seigle sont, de tous les médicaments, celui dont l'action est la plus évidente sur les hémorrhagies dépendant des corps fibreux.

On l'administre par la bouche ou par la méthode endermique[1]. C'est à cette dernière que nous nous adressons le plus souvent, et nous avons vu l'ergotine introduite par les voies digestives rester complètement inactive, tandis qu'à dose beaucoup moindre, elle agissait employée en injections. On a reproché aux injections hypodermiques d'ergotine de produire de la douleur, de donner lieu à des abcès, à des eschares, à des nodosités persistantes, à des thromboses, à des symptômes d'intoxication. La plupart de ces accidents peuvent être évités, en prenant certaines précautions, et surtout en ayant bien soin d'injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané et pas dans le derme lui-même[2]. Ils semblent se produire plus facilement chez les femmes trop chargées d'embonpoint, comme on en rencontre si souvent au moment de la ménopause.

En somme, les injections sous-cutanées d'ergotine sont une précieuse conquête thérapeutique contre les métror-

[1] Voyez la formule des injections hypodermiques d'ergot de seigle, p. 568.

[2] M. Delore (de Lyon) a employé les injections d'ergotine dans le tissu utérin lui-même. Voyez *Société de chirurgie* et *Annales de Gynécologie*, 1878.

rhagies, surtout celles qui résultent de la présence d'un corps fibreux.

Nous ne rappellerons que pour mémoire l'extirpation des ovaires, conseillée par quelques chirurgiens américains dans des cas de ce genre. Malgré les quelques succès publiés, nous repousserions d'autant plus cette grave intervention, que la privation des ovaires n'amène pas forcément la cessation de la menstruation, ainsi que nous le verrons à propos de l'étude de cette fonction.

On a cherché à obtenir la disparition des tumeurs fibreuses, soit à l'aide de substances médicamenteuses, soit par un traitement chirurgical.

L'ergot de seigle, si utile comme moyen palliatif, a été également considéré comme pouvant amener la résorption des fibromyomes.

Ces cas heureux, s'ils existent, sont pour le moins fort rares[1]. On ne doit pas oublier que ce genre de tumeur disparaît quelquefois spontanément et en l'absence de tout traitement, ce qui doit rendre très circonspect dans l'interprétation des guérisons, se produisant sous l'influence de n'importe quel médicament.

On a également publié des succès consécutifs à l'usage du chlorure de calcium, du brome, des préparations iodées.

M. Guéniot a proposé les substances stéatogènes, telles que le phosphore et l'arsenic.

Pour nous, c'est à l'ergot de seigle qu'on doit donner la préférence, dans la majorité des cas, en séparant chaque période de traitement par un intervalle de repos, pendant lequel nous administrons un peu de fer et de quinquina[2].

[1] Voyez Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 182, et Constantin Paul, *Arch. de tocologie*, t. IV, p. 752, et *Bulletin de thérapeutique*, 1877.

[2] Nous associons quelquefois à ces divers médicaments, l'élixir vitriolique de Mynsicht, à la dose de 5 à 10 gouttes matin et soir dans un peu d'eau sucrée.

L'ergot est de tous les médicaments celui qui nous a paru agir le plus favorablement, aussi bien au point de vue de l'état général que des accidents locaux.

Les eaux minérales sont presque toujours utiles dans le traitement des corps fibreux. Les sources de Salies-de-Béarn, Kreusnach, Kissingen, trouveront leurs indications. Pour les femmes chargées d'embonpoint, Vichy, Cusset, Bourbonne, Carlsbad, seront plutôt recommandées.

Nous n'avons jamais essayé l'électricité, conseillée par quelques gynécologistes, surtout en Amérique.

Contre les douleurs, principalement celles qui reviennent périodiquement aux époques menstruelles, on se trouve souvent bien des saignées locales. En particulier, dans les corps fibreux sous-séreux et n'amenant pas de métrorrhagies. On leur associera les narcotiques, les diverses préparations opiacées.

Quand les souffrances sont dues aux mouvements de la tumeur, on obtient un grand soulagement par l'application d'une ceinture hypogastrique.

Les phénomènes douloureux causés par les fibromyomes interstitiels ou sous-muqueux sont souvent dus à des contractions utérines et cessent après la dilatation ou le débridement de la cavité cervicale. Ou bien la tumeur occasionne par son poids et son volume des troubles de la sensibilité, résultant de la compression des organes contenus dans le petit bassin. On cherchera alors à agir par des moyens mécaniques, par certains pessaires, qui maintiendront la masse morbide au-dessus de l'excavation[1].

Le traitement chirurgical varie, nécessairement, selon l'espèce de fibromyome à laquelle on a affaire. Dans les formes sous-muqueuses, si la tumeur est rétrécie à son point d'im-

[1] Voyez *Ann. de Gyn.*, t. IV, p. 55?.

plantation, on cherchera à la séparer de l'utérus au moyen de la torsion avec des pinces de Museux, ou mieux à l'aide du serre-nœud, de l'écraseur ou de l'anse galvanocaustique. Nous reviendrons sur ce sujet à propos des polypes.

Si elle adhère au contraire aux parois utérines par une large base, ou si elle est interstitielle, on peut chercher à la détruire au moyen du fer rouge. Ce procédé expose aux accidents de putridité, de même que le morcellement aux hémorrhagies.

Il nous reste l'énucléation. Quelquefois il a suffi d'une incision cruciale pratiquée sur la capsule pour amener l'élimination spontanée de la tumeur. Le plus souvent on la sépare des tissus environnants au moyen des doigts, d'une spatule, ou de divers instruments dits énucléateurs[1].

C'est surtout pour les fibromyomes du col que l'énucléation a donné des succès.

Les variétés sous-séreuses ne laissent d'autres ressources chirurgicales que la gastrotomie, suivie ou non d'hystérotomie.

La gravité de cette opération doit la faire réserver pour un très petit nombre de cas à évolution rapide, *galopante*, s'accompagnant de phénomènes qui menacent l'existence à bref délai[2].

Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus[3].

On a décrit sous le nom de tumeurs fibrocystiques de l'utérus, des néoplasmes de nature très diverse, malgré l'analogie de leurs manifestations cliniques.

C'est ainsi que certains fibromes caverneux (télangiecta-

[1] Les principaux sont ceux de Sims, de Simpson, de Gaillard Thomas. Voyez Leblond, *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*, p. 556.

[2] Pozzi, *loc. cit.*, p. 57.

[3] On peut employer indifféremment les expressions fibrocystique ou fibrokystique.

siques), certaines variétés de sarcomes, ont été considérés comme des tumeurs fibrocystiques [1].

Nous réserverons cette dénomination aux fibromyomes contenant une ou plusieurs grandes cavités kystiques (fig. 95).

Fig. 95. — Tumeurs fibreuses avec kyste séreux de l'utérus coïncidant avec un renversement du vagin. — Allongement et hypertrophie de l'utérus (d'après Cruveilhier).

U. U. Utérus. — T. T. Tumeurs fibreuses de dimensions variables. — K. K. Parois de la cavité kystique. — C. Cavité cervicale considérablement allongée et présentant des lacunes l (probablement les orifices des glandes dilatées). — L. L. Grandes lèvres. — M. Orifice du museau de tanche

Ceux-ci ne sont, du reste, qu'un état plus avancé et exagérément développé des fibromes à géode de Cruveilhier [2].

La formation de cavités dans une tumeur solide se produit, ici, d'après un processus très différent de celui que nous étudierons à propos des kystes de l'ovaire, au moins dans les cas que nous avons examinés. Ces tumeurs, le plus souvent multiloculaires, sont quelquefois bi- ou uniloculaires.

[1] Quelques auteurs leur ont donné le nom de fibromyome lymphangiectasique. Fehling et Leopold, *Arch. f. Gyn.*, t. VII, p. 537.

[2] Voyez page 392.

ou formées d'une grande et de plusieurs petites poches. Ces espaces kystiques communiquent fréquemment les uns avec les autres, ou sont traversés par des trabécules et des tractus fibreux. Le stroma est formé de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses.

On n'est pas d'accord sur la nature du revêtement des kystes. Un grand nombre d'histologistes y ont nié la présence d'une couche épithéliale ou endothéliale[1]. Sur des préparations fraîches, nous avons constaté l'existence d'épithélium pavimenteux. D'autres observateurs ont décrit un revêtement endothélial continu[2].

Le liquide contenu dans ces cavités est ordinairement transparent, limpide, coagulable à l'air libre, présentant, en un mot, tous les caractères de la lymphe. Plus tard le développement des vaisseaux amène des exsudats sanguins, et il revêt alors une coloration qui varie, du rougeâtre au brun chocolat[3].

Enfin, dans certains cas, il est constitué par du pus.

Ces tumeurs sont le plus souvent sous-séreuses[4].

Elles atteignent un volume considérable et pèsent jusqu'à 50, 40 et 80 livres. On les a vues coïncider avec des kystes de l'ovaire.

Symptômes, marche. — Le développement rapide de cette variété de fibromyomes kystiques, les différencie des formes plus communes que nous avons étudiées jusqu'à présent. Aussi l'abdomen atteint-il bientôt, dans ces cas-ci, une

[1] Heer, *Ueber den Fibrocysten des Uterus*. Zurich, 1874, p. 52.

[2] Rein, *Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 422. Malassez avait déjà constaté un revêtement épithélial dans des cas de ce genre.

[3] D'après les analyses chimiques rapportées par Spiegelberg, le liquide contenait de la fibrine et de l'albumine: *Ni mucine, ni paralbumine.* (*Arch. f. Gyn.*, t. VI, p. 348.)

[4] Sur 70 observations rassemblées par Heer, il y en avait 65 sous-séreuses dont 12 seulement pédiculées: 5 étaient interstitielles et 2 intra-utérines ou sous-muqueuses. (*Loc. cit.*, p. 47.)

augmentation notable de ses diamètres. Quelques tumeurs fibrocystiques ont exceptionnellement une marche lente.

Les phénomènes auxquels elles donnent lieu sont à peu près les mêmes que ceux observés dans les cas de corps fibreux. On a dit qu'elles amenaient moins souvent des hémorrhagies, ce qui s'explique par leur situation presque toujours sous-séreuse. Quand elles siègent sous la muqueuse, on a signalé, outre les hémorrhagies, un abondant écoulement de liquide clair et transparent.

Les accidents péritonitiques sont plus rares avec les myomes kystiques, qu'avec les kystes de l'ovaire.

Les troubles digestifs se montrent de bonne heure, comme pour les tumeurs ovariques. Chez certaines malades, le développement du néoplasme s'accompagne de gonflement des seins et de production de colostrum.

Diagnostic. — C'est, surtout, avec un kyste de l'ovaire, qu'on peut confondre les tumeurs fibrocystiques de l'utérus. Leur mode de développement, leur siège, leur consistance, tout concourt à augmenter la ressemblance que présentent ces deux affections.

On a admis, comme moyen de diagnostic, une différence de résistance dans les diverses régions de la masse néoplasique, dure, élastique sur un point, fluctuante dans d'autres. On a également fait jouer un rôle aux phénomènes stéthoscopiques. Tous ces caractères sont bien vagues et peuvent se rencontrer dans les deux.

Dans les tumeurs ovariques, l'utérus est le plus souvent abaissé. C'est le contraire pour les fibromyomes kystiques, où il est attiré en haut, au point que quelquefois le doigt a de la peine à atteindre le museau de tanche[1]. Cette différence n'a non plus rien d'absolu.

[1] On peut voir se produire une élongation du col, comme le montre la figure 95 empruntée à l'Atlas de Cruveilhier.

La tumeur formée aux dépens de l'utérus est en général plus lisse, plus unie. Au moyen de la sonde, on constate l'hypertrophie de l'organe et l'augmentation de volume de sa cavité.

Les signes différentiels qui ont le plus d'importance sont ceux qui résultent des connexions du néoplasme avec l'utérus.

A l'aide de mouvements variés imprimés par la main appliquée sur l'abdomen, l'index de l'autre main étant en contact avec le museau de tanche, on peut juger de ces connexions. Le toucher rectal, par la méthode de Simon, fournira, dans certains cas, des indications utiles.

Quand les fibromyomes kystiques sont pédiculés, le diagnostic est tellement difficile, que les chirurgiens les plus expérimentés ont commis des erreurs.

On a même opéré, comme kystes de l'ovaire, des tumeurs dont la nature et le point d'implantation n'ont été reconnus qu'à l'autopsie.

On a avancé que la ponction, en permettant de constater la nature du liquide, pourrait aider à les différencier.

D'abord ce mode d'exploration présente de grands dangers, dans les cas de tumeurs utérines[1].

En outre, les caractères du liquide lui-même sont loin d'offrir un signe certain. On a soutenu que les liquides spontanément coagulables provenaient toujours d'un myome.

Cette propriété est, en effet, plus fréquemment observée dans ces cas, que dans ceux de kystes de l'ovaire, mais elle est loin d'être pathognomonique.

L'exsudat ascitique peut également se coaguler spontanément à l'air libre, seulement le phénomène se produit avec beaucoup plus de lenteur[2].

[1] Sur 11 observations réunies par Léopold, la mort eut lieu 10 fois consécutivement à la ponction.

[2] Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, t. VI, p. 352.

L'examen histologique sera souvent négatif. La présence d'épithélium cylindrique ou caliciforme plaiderait en faveur d'un kyste de l'ovaire. Malheureusement, il est rare de rencontrer ces éléments libres et flottant dans le liquide. Nous ne les avons observés que dans un cinquième, environ, des cas où nous avons étudié les liquides provenant de kystes ovariques.

On a proposé de se procurer, au moyen d'un trocart emporte-pièce (dans le genre de celui que Duchenne de Boulogne employait pour les muscles), quelques parcelles du néoplasme pour les soumettre à un examen histologique. Outre qu'il serait dangereux, ce moyen ne fournirait, dans la plupart des cas, aucun renseignement utile.

En tout état de cause, si l'on se décidait à pratiquer une ponction, il faudrait avoir recours à un appareil aspirateur.

Pronostic. — Cette forme de tumeur est beaucoup plus grave que les fibromyomes simples.

La mort arrive souvent au bout de quelques mois, et la plus longue durée qu'on ait observée a été de dix ans.

Étiologie. — Les fibromyomes kystiques de l'utérus constituent une espèce assez rare, dont l'étiologie est des plus obscures. Sur cinquante et un cas réunis par Heer[1], dans aucun, la tumeur ne s'était développée chez des femmes au-dessous de vingt ans ou au-dessus de cinquante-trois ans.

Traitement. — Après ce que nous avons dit des dangers de la ponction exploratrice, dans les cas de fibromyomes

[1] Sur ces 51 cas on trouve les chiffres suivants :

De 20 à 30 ans.	8 cas.
De 30 à 40 ans.	17
De 40 à 50 ans.	23
De 50 à 53 ans.	3
Total.	51 cas.

(Heer, *loc. cit.*, p. 60.)

kystiques, nous n'avons pas à la discuter comme moyen de traitement. Les observations recueillies jusqu'à ce jour ne doivent pas engager à l'employer.

C'est surtout dans cette forme de tumeur utérine, qu'on est autorisé à tenter l'hystérotomie[1]. Malgré la gravité de l'opération, la marche rapide et promptement fatale de la maladie peut engager à y avoir recours. C'est plusieurs fois, par erreur de diagnostic, qu'elle a été entreprise et même laissée inachevée. Cette dernière circonstance condamne la malade à une mort certaine. Aussi, dans ces conditions, doit-on toujours pratiquer l'ablation du néoplasme, même s'il n'était pas pédiculé.

Il existe un certain nombre d'observations montrant que la guérison peut être obtenue, grâce à la gastrotomie, avec ou sans hystérotomie. C'est donc une ressource extrême qui nous est offerte, dans les cas de tumeurs fibrocystiques de l'utérus.

Polypes de l'utérus.

On désigne sous le nom de polypes, toute une catégorie de tumeurs utérines dont le caractère primordial, quelle que soit du reste leur structure anatomique, consiste dans la présence d'un pédicule qui les relie à la surface interne de l'organe. Nous les diviserons en quatre groupes principaux : polypes fibreux, polypes muqueux, polypes papillaires, polypes fibrineux.

Polypes fibreux.

Anatomie pathologique. — Les polypes fibreux, composés principalement de fibres musculaires lisses et de

[1] Voyez Péan et Urdy, *Hystérotomie*, et Pozzi, *loc. cit.*, p. 66.

tissu conjonctif[1], ne sont autre chose qu'un degré plus avancé des fibromyomes sous-muqueux que nous avons déjà décrits[2].

Le pédicule, ordinairement implanté sur le fond ou la paroi postérieure de l'utérus, est tantôt épais, adhérent par une large base au tissu utérin, tantôt au contraire excessivement mince. Il est quelquefois nettement séparé du reste de la tumeur. Dans d'autres cas, son épaisseur augmente

Fig. 96. — Polype fibreux fendu attenant encore à l'utérus (d'après Cruveilhier).

T, T. Parois utérines. — P. Polype.

peu à peu à partir de son point d'implantation, si bien qu'il n'existe aucune limite précise, et que le passage de l'un à l'autre se fait insensiblement et sans ligne de démarcation (fig. 96). Il est, en général, peu vasculaire et les vaisseaux qu'il contient, principalement constitués par des veines, n'at-

[1] Nous avons vu que Virchow considère les fibromyomes utérins comme des hypertrophies partielles de l'utérus. Pour M. Broca, qui les désigne sous le nom d'*hystéromes*, ce serait des néoplasies revêtant une structure analogue à celle des tissus ambiants. (Broca, *Traité des tumeurs*, 1869, t. II, p. 252.) L'identité de structure et la présence des lacunes lymphatiques nous paraissent, ainsi que nous l'avons déjà dit, plaider en faveur de l'idée de Virchow.

[2] Voyez page 393.

teignent que rarement des dimensions notables, d'où la possibilité de le sectionner avec des ciseaux sans avoir à craindre d'hémorrhagie abondante, comme nous le verrons à propos du traitement. Le pédicule est presque toujours unique[1]. Dans les rares cas où on en a constaté plusieurs, ces pédicules accessoires étaient probablement dus à des adhérences secondaires.

La tumeur est le plus souvent pyriforme (fig. 97), quel

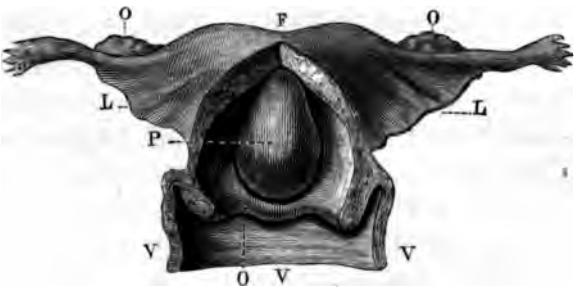


Fig. 97. — Utérus ouvert par sa paroi antérieure contenant un polype fibreux (d'après Cruveilhier).

F. Fond de l'utérus. — o. o. Ovaires. — L. L. Ligaments larges. — O. Col de l'utérus. V.V. Vagin. — P. Polype.

quefois cylindrique ou complètement sphérique. Sa surface est unie, régulière, ou plus ou moins lobulée et creusée de profonds sillons. A chacune de ces formes extérieures correspond une structure interne différente. Les faisceaux présentent une disposition rayonnante autour d'un seul centre, dans le premier cas, autour de centres multiples, en plus ou moins grand nombre, dans le second, ainsi que nous l'avons déjà signalé à propos des corps fibreux[2].

Dans certaines circonstances, sous l'influence des con-

[1] Contrairement à l'étymologie du mot polype : πολυς, beaucoup, et πους, pied.

[2] Pour éviter les répétitions, nous renvoyons, relativement à la structure des polypes, à ce que nous avons dit des fibromyomes. Voyez page 387.

tractions répétées du col utérin, le polype se divise en deux segments, séparés l'un de l'autre par un espace rétréci. Cette disposition est d'autant plus importante à connaître, qu'elle a donné lieu à des erreurs opératoires. C'est ainsi qu'après avoir enlevé le segment inférieur, le chirurgien croyait avoir extirpé tout le néoplasme, tandis qu'une partie seulement avait été extraite et que la portion persistante, amenant de nouveaux accidents, réclamait une seconde intervention.

La masse principale des polypes fibreux est ordinairement dure et peu vasculaire. Leurs dimensions présentent de grandes différences selon les cas et atteignent jusqu'aux proportions d'une tête de fœtus à terme. Le plus souvent, cependant, elles ne dépassent pas celles d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule. On voit également ces tumeurs augmenter de volume sous l'influence de la menstruation ou de la grossesse. Elles sont exposées aux mêmes modifications que les fibromyomes non pédiculés[1], mais subissent plus rarement la dégénérescence gangréneuse ou kystique et tout à fait exceptionnellement la transformation calcaire. A mesure qu'elles se développent, l'utérus s'hypertrophie également, et finit par acquérir un degré de distention assez considérable pour avoir fait désigner ces cas sous le nom de *grossesses fibreuses*.

Symptômes. — Les métrorrhagies, précédées ou suivies d'un écoulement muqueux ou muco-purulent, constituent le plus important et le premier symptôme des polypes fibreux. Le plus souvent les hémorrhagies ne proviennent pas de la tumeur elle-même, mais plutôt de la muqueuse utérine qui avoisine son point d'implantation. D'abord les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps qu'à l'état normal.

[1] Voyez page 390.

Peu à peu la perte de sang devient presque incessante. Dans l'intervalle des métrorrhagies, l'écoulement muqueux est quelquefois continu, et, sous certaines influences, contracte une odeur fétide qui pourrait en imposer et faire croire à un cancer.

L'intensité des douleurs varie considérablement d'un sujet à un autre. Celles-ci se manifestent surtout quand la tumeur approche de l'orifice interne, ou est située dans la cavité cervicale. Elles revêtent un caractère particulier qui rappelle les douleurs expulsives de l'accouchement et sont en rapport avec les contractions utérines constatées par quelques observateurs, en particulier par Sanzoni[1].

On rencontre également, chez certaines malades, les principaux signes extérieurs de la grossesse, pigmentation de la ligne blanche, du mamelon et de l'aréole, gonflement des seins; et du côté des voies digestives, des nausées, des vomissements, comme au début de la gestation. Sous l'influence de ces manifestations pathologiques, la santé générale ne tarde pas à s'altérer. On constate bientôt tous les signes d'une anémie profonde, affaiblissement, décoloration des téguments, troubles digestifs et nerveux, palpitations cardiaques. Il n'est pas rare d'observer des accidents du côté du rectum et des organes urinaires[2].

Le toucher donne des indications différentes, selon que la tumeur a dépassé ou non l'orifice externe. Dans le premier cas, on perçoit autour du pédicule un bourrelet circulaire. Dans le second, le col est souvent effacé et assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt jusqu'au niveau du néoplasme. L'inversion utérine peut se produire sous l'influence des polypes fibreux. On les a vus également être

[1] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 209.

[2] Voyez Milliot, *Complications des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse de doctorat; Paris, 1875.

expulsés spontanément, quoique ayant atteint un volume considérable et pesant jusqu'à 800 grammes.

Nous devons appeler spécialement l'attention sur une variété de polypes fibreux intermittents, dont l'existence a été signalée depuis longtemps[1]. Quoique leur apparition puisse se produire en tout temps, sous l'influence de la congestion des organes contenus dans la cavité pelvienne, c'est surtout aux époques menstruelles qu'on les observe de préférence. Ils deviennent également accessibles pendant la durée des métrorrhagies. Ces tumeurs naissent généralement dans le voisinage du col, et présentent une structure plus lâche et une consistance moins dure que les polypes fibreux ordinaires. Leur pédicule est épais et s'implante par une large base sur le tissu utérin[2].

Diagnostic. — Les difficultés du diagnostic varient selon que le polype est encore situé dans la cavité utérine et par conséquent souvent inaccessible au doigt, ou selon qu'il a dépassé l'orifice interne.

Dans le premier cas, on peut hésiter entre un polype ou une métrite chronique. Cependant cette dernière donne rarement lieu à des métrorrhagies aussi abondantes que celles qui sont dues à l'existence d'un polype. Le col de l'utérus contenant une tumeur est généralement régulier, lisse et présente une tendance à s'effacer et à se dilater, qu'on ne rencontre pas dans la métrite, où au contraire il est gros, bosselé, irrégulier, le plus souvent ulcéré. Cependant, dans certains cas, on est forcé d'avoir recours à la dilatation de la cavité cervicale pour assurer son diagnostic. Il faut alors être tout prêt à opérer si on rencontre un néoplasme,

[1] Larcher, *Contributions à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins à apparitions intermittentes.* (*Arch. gén. de médecine;* 1867, 6e série, t. IX, p. 39 et 193.)

[2] Guillomaut : *Des polypes utérins à apparitions intermittentes.* Thèse de doctorat ; Paris, 1877.

quelle que soit sa nature, pour moins exposer la malade à des accidents septicémiques. En outre, il faut éviter autant que possible les dilatations successives et réitérées, surtout pour un utérus sur lequel on doit opérer.

Quand le polype a dépassé l'orifice utérin, une erreur paraît difficile à commettre[1]. C'est surtout avec l'inversion que la confusion serait possible. Dans le cas de polype, le fond de l'utérus se perçoit nettement par le palper et occupe sa situation normale, c'est le contraire dans l'inversion. En outre on peut, presque toujours malgré le polype, au moyen du cathétérisme utérin, constater l'existence d'une cavité qui fait défaut dans l'inversion. En introduisant une sonde dans la vessie et en pratiquant le toucher rectal, on se rend souvent mieux compte des rapports et de la situation des organes.

Le siège du point d'implantation et le degré d'épaisseur du pédicule sont deux détails importants et quelquefois difficiles du diagnostic. Quand les renseignements fournis par le doigt éclairent suffisamment, le cas est très simple. On peut encore s'aider dans ces recherches des notions obtenues au moyen de l'hystéromètre. Dans certaines circonstances, ces modes d'exploration ne donnent pas de résultats concluants et Scanzoni[2] conseille alors le procédé suivant. On saisit avec une pince la partie de la tumeur située dans l'orifice utérin et on lui fait décrire plusieurs fois un mouvement de demi-rotation. Si le pédicule est mince, elle suit avec facilité les impulsions diverses imprimées à l'instrument. Tandis que lorsque le pédicule est épais, un obstacle considérable s'oppose à ces mêmes mouvements. Ce procédé est utile dans certains cas, mais dans d'autres,

[1] Des chirurgiens habiles et instruits (Simpson, Velpeau), ont confondu des cas de ce genre avec l'inversion utérine, surtout l'inversion incomplète.

[2] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 212.

le polype, quoique supporté par un mince pédicule, est tellement comprimé par les parois utérines, qu'on ne peut obtenir aucun déplacement.

Les tumeurs intermittentes ont été cause de fréquentes erreurs de diagnostic. Il faut donc avoir soin, si on en suppose l'existence, d'examiner les malades au moment des règles. On arrive ainsi à travers l'orifice dilaté et laissant pénétrer le doigt, à constater à cette époque les caractères du corps étranger, qu'on ne retrouve plus pendant la période intermenstruelle.

Pronostic.— Les polypes fibreux sont des tumeurs essentiellement bénignes. Jamais ils ne récidivent après ablation. Les faits invoqués en faveur d'une récidive sont dus à ce qu'une seconde tumeur, cachée jusque-là dans la cavité utérine, se pédiculisait et venait faire saillie au col après l'ablation de la première. Ou bien on a pris pour des fibromyomes, certaines variétés de sarcomes dont nous nous occuperons dans un prochain chapitre, et qui ont quelquefois une tendance notable à se pédiculiser.

Cependant les hémorrhagies, à elles seules, peuvent être assez abondantes pour assombrir le pronostic et amener la mort à plus ou moins brève échéance. Dans les cas de très gros polypes, les malades sont exposées aux accidents urémiques ou aux dangers d'un étranglement interne.

Étiologie. — Pour tout ce qui concerne l'étiologie des polypes fibreux, nous rappellerons ce que nous avons dit à ce sujet à propos des corps fibreux[1]. Très rares avant la puberté, c'est surtout entre 30 et 50 ans qu'on les observe le plus souvent. Leur degré de fréquence varie également selon les races et paraît être beaucoup plus élevé dans la race nègre que chez les peuples européens. Les femmes

[1] Voyez page 408.

ayant eu des enfants y sont plus sujettes que les nullipares, contrairement à ce qu'avaient soutenu certains auteurs.

Traitement. — Les moyens dont nous disposons pour arrêter les métrorrhagies dues aux polypes fibreux sont les mêmes que nous avons déjà indiqués à propos du traitement des fibromyomes sous-muqueux. Ce sont les irrigations froides, l'ergot de seigle administré par les voies digestives ou par la méthode d'Hildebrandt, qui en feront les principaux frais. Enfin le tamponnement en cas de perte par trop abondante.

Tandis que les corps fibreux sessiles nous réduisent souvent aux moyens palliatifs, les polypes dont nous nous occupons ici réclament presque toujours l'intervention chirurgicale, et dans la grande majorité des cas on peut obtenir une guérison complète[1].

Parmi les procédés employés, nous trouvons d'abord l'*excision*. Si le pédicule est facilement accessible, on saisit la tumeur avec des pinces de Museux, en ayant soin de ne pas trop tirer. Deux doigts de la main gauche serviront de conducteurs aux ciseaux courbes avec lesquels on pratiquera la section. Avant d'avoir recours à l'excision simple, il est prudent de s'assurer que le pédicule pressé entre deux doigts ne présente pas de battements artériels. Nous avons vu à propos de l'anatomie pathologique, qu'il était généralement peu vasculaire.

On a également préconisé la ligature élastique, au moyen de tubes à drainage en caoutchouc serrés à l'aide de deux

[1] Dans notre première partie, nous avons signalé l'application de l'électricité, dans le traitement des fibromyomes, comme ayant été surtout mise en usage par les médecins américains. Dans ces derniers temps, MM. Aimé Martin et Chéron ont publié de nouvelles observations favorables à l'emploi de ce moyen thérapeutique. (Voyez *Annales de gynécologie*, 1879, et *Gazette des hôpitaux*, nos 29 et 30, 1879.)

sondes de femme. La tumeur dans ces cas tombe d'ordinaire vers le cinquième jour[1]. Malgré les succès obtenus par cette méthode, nous lui préférons de beaucoup l'excision simple, ou encore mieux la section du pédicule avec le serre-nœud de Maisonneuve (fig. 98). C'est ce dernier procédé que nous employons le plus fréquemment. Tout en étant en général d'une application facile, il n'expose pas aux hémorrhagies, rares il est vrai, mais cependant possibles. Quand la tumeur est très volumineuse, on peut être forcé pour l'extraire, d'avoir recours à un petit forceps adapté à cet usage, ou même de la morceler avant de l'amener au dehors.

Fig. 98. — Serre-nœud de Maisonneuve.

Dans les cas où le polype est encore situé dans la cavité utérine, il est nécessaire de pratiquer la dilatation du col pour arriver jusqu'à lui. On doit, comme nous l'avons déjà dit, éviter plusieurs dilatations successives et s'abstenir de prévenir les malades, ainsi que le conseille M. Gosselin[2], pour les soustraire aux émotions pénibles qui accompagnent toujours l'attente d'une opération.

Les auteurs ne s'accordent pas tous sur la conduite à tenir dans les dernières circonstances que nous venons de signaler, c'est-à-dire quand le polype n'est pas accessible à nos instruments. Tandis que quelques-uns préfèrent attendre qu'il ait dépassé l'orifice cervical, d'autres sont partisans de l'intervention immédiate, dès que le diagnostic est

[1] Voyez *Annales de gynécologie*, t. IV, p. 159.
[2] Gosselin, *Cliniques de la Charité*, t. II, p. 553.

certain. Nous croyons qu'il est bien difficile de fixer une règle à cet égard, et que la conduite du chirurgien doit se guider sur la gravité des accidents. Pour les polypes ordinaires, on choisira pour opérer un espace intermenstruel. Pour les variétés à apparition intermittente, il serait préférable d'agir au moment des règles, si le néoplasme n'était accessible que dans ces conditions. Les inconvénients résultant de l'intervention pendant l'époque cataméniale sont moins à craindre que ceux qu'amènerait la dilatation préalable. Mais comme, même au moment de l'hémorrhagie menstruelle, l'engagement du polype peut être insuffisant, on est forcé de pratiquer des opérations préliminaires (incisions ou dilatations) pour permettre un accès facile aux instruments [1].

Polypes muqueux.

Anatomie pathologique. — Les polypes muqueux consistent en une tumeur pédiculée, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une amande, atteignant tout à fait exceptionnellement le volume d'une noix [1]. Leur forme est le plus souvent aplatie, rarement sphérique. Le pédicule présente, selon les cas, des différences de longueur très notables. A peine accusé pour certaines variétés cervicales, on le voit quelquefois s'allonger tellement, que, malgré son insertion sur le fond de l'utérus, la tumeur vient faire saillie à la vulve. Ces polypes sont généralement très vasculaires, soit que les vaisseaux dominent dans le pédicule, ou se distribuent à leur surface. Aussi, malgré leur petit volume,

[1] En ce qui concerne la section du pédicule, quelques gynécologistes préfèrent employer l'anse galvanocaustique, d'autres l'écraseur linéaire. Nous nous sommes déjà expliqués sur les dangers que présente ce dernier instrument appliqué sur l'utérus, à cause de la difficulté qu'on éprouve à limiter sa sphère d'action.

[1] Voyez P. P., fig. 93, p. 394.

donnent-ils lieu souvent à des métrorrhagies abondantes. Ordinairement uniques, on peut en trouver cependant plusieurs réunis dans un même utérus. Témoin le cas cité par

Fig. 99. — Polypes muqueux multiples implantés sur la face interne de l'utérus (d'après Beigel).

U. Paroi de l'utérus. — V. Vagin. — P. P. Polypes.

Beigel [1], où la cavité utérine était remplie de polypes allongés, rappelant l'effet que produirait une grappe de petites sangsues appendues et disséminées sur la muqueuse (fig. 99).

[1] Voici le résumé de cette intéressante observation. Il s'agissait d'une femme de 29 ans, mariée, mais stérile. La menstruation, ayant débuté à 16 ans, s'était maintenue normale jusqu'à il y a trois ans, où les règles prirent la forme de ménorrhagies, si bien qu'à toutes ses époques la malade était obligée de garder le lit pendant un certain temps. Dans l'intervalle des époques menstruelles, il existait un écoulement muco-purulent très abondant.

A l'examen clinique, on constata la présence de deux polypes allongés, rappelant la forme d'une sangsue. On pratiqua leur ablation, croyant avoir remédié à toute la cause du mal. Mais peu de temps après, cette femme fut de nouveau reprise de pertes de sang très abondantes, qui obligèrent le chirurgien à recourir à la dilatation du col. L'utérus était rempli de polypes de même forme et de même aspect que ceux précédemment excisés. Après avoir sectionné tout ce qu'on put de ces productions, un tamponnement fut appliqué dans le but d'arrêter l'hémorrhagie assez abondande qui suivit l'opéra-

On a admis plusieurs espèces de polypes muqueux utérins. Fœrster les divise en cinq catégories[1]. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, toutes ces divisions tendent à disparaître et nous les ramènerons à deux types principaux : les *polypes du corps* et les *polypes du col.*

Les différences anatomiques qui existent entre ces deux types nous sont expliquées par la structure normale de la muqueuse utérine[2]. *Dans ceux du corps*, on trouve au milieu d'un tissu conjonctif plus ou moins riche en éléments cellulaires, un amas de glandes hypertrophiées et de néoformations glandulaires revêtues d'un épithélium cylindrique, souvent à cils vibratiles. Sur certains points, les cellules épithéliales augmentent de volume et atteignent une hauteur double de celle qu'elles présentent dans les glandes normales de l'utérus adulte.

Si le polype s'est développé dans la cavité cervicale, on observe des glandes en grappes tapissées d'un épithélium caliciforme[3]. Souvent l'orifice des glandes s'oblitère, et

tion. Ensuite on cautérisa la cavité utérine un certain nombre de fois avec l'acide nitrique, en mettant un intervalle de deux à trois semaines entre chaque cautérisation.

La malade guérit complètement, la menstruation redevint parfaitement normale, mais 3 ans après cette femme était encore stérile, ce que Beigel attribue à l'oblitération probable des trompes, consécutivement aux cautérisations. (Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 474.)

[1] 1° Polypes muqueux simples; 2° polypes vasculaires; 3° polypes glandulaires; 4° polypes kystiques; 5° polypes papillaires. Fœrster, *Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie;* Leipzig, 1863; p. 429.

[2] Voyez page 239.

[3] Cette façon si simple de distinguer les polypes du corps de ceux développés aux dépens de la muqueuse cervicale n'est indiquée dans aucun des auteurs, même modernes, que nous avons consultés. C'est qu'en effet, la différence capitale qui existe entre l'épithélium du corps et du col à l'état normal n'est pas suffisamment connue et n'est même pas admise par tous les gynécologistes. Il est cependant bien facile de distinguer la cellule cylindrique, colorée dans toute son étendue par les réactifs, possédant un gros noyau à sa région moyenne (fig. 54, p. 241), et la cellule caliciforme, dont la plus grande portion est à peine teintée par les mêmes substances, tandis que le noyau, refoulé à la partie inférieure de l'élément, tranche par sa coloration intense (fig. 55). En

les produits de sécrétion, accumulés dans leurs cavités, les distendent et forment de véritables kystes par rétention (fig. 100).

Selon que les glandes sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins dilatées et transformées en kystes, ou selon

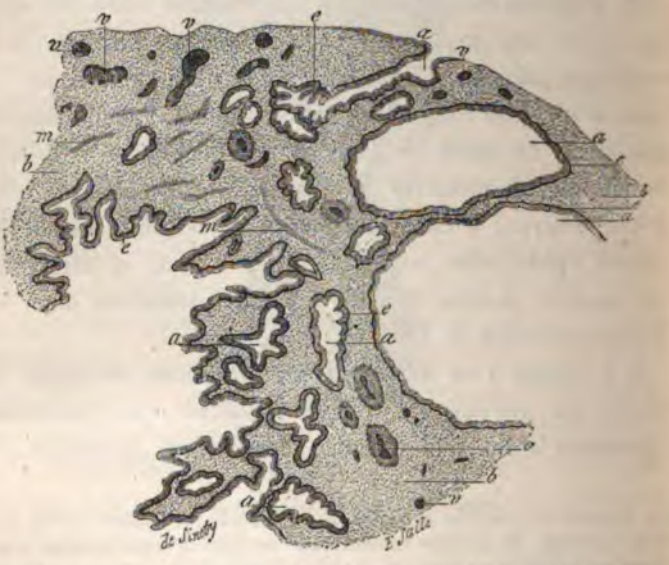


Fig. 100. — Coupe d'un polype muqueux kystique du col de l'utérus (gross. de 40 diam.).

b. Tissu conjonctif. — *m*. Petits faisceaux musculaires. — *a*. Glandes plus ou moins dilatées formant sur certains points des cavités kystiques. — *e*. Revêtement composé de cellules caliciformes.

le degré de la vascularisation, on a les différentes espèces décrites par les auteurs, sous le nom de polypes glandulaires, kystiques, vasculaires, utéro-folliculaires (d'Huguier).

Symptômes. — Les principaux symptômes des polypes muqueux consistent en des métrorrhagies et un écoulement mucopurulent. Contrairement à ce que nous avons vu pour

outre, sur les préparations obtenues par dissociation, on peut constater que les cellules caliciformes sont creuses, et souvent on voit un petit bouchon muqueux s'échapper par leur ouverture circulaire.

les corps fibreux pédiculés, ici le sang provient de la tumeur elle-même plutôt que des tissus ambiants. Quelques auteurs ont avancé que les hémorrhagies dues aux polypes muqueux sont moins abondantes que celles qui sont causées par la variété fibreuse. Il existe cependant des cas où une petite tumeur muqueuse méconnue, contenue dans la cavité utérine, a suffi pour amener des pertes sanguines rapidement mortelles. Des faits de ce genre ont été observés chez une femme de vingt-six ans par Barnes[1], et de trente-six ans par Klob[2].

La plupart du temps, quand le polype est situé au-dessus de l'orifice interne, il ne donne lieu à aucune douleur. Ce n'est que lorsqu'il arrive dans le canal cervical qu'il amène quelques troubles de la sensibilité, ou des phénomènes d'irritation de voisinage. Il se produit parfois, dans les cas anciens, un amincissement progressif du pédicule, qui finit par s'atrophier au point que la tumeur se détache et s'élimine spontanément. La gangrène des polypes muqueux est une terminaison rare, quoiqu'elle ait été observée mais, à titre d'exception.

Diagnostic. — Quand la tumeur fait saillie entre les lèvres du col, le diagnostic est généralement facile. Dans quelques cas on la découvre au spéculum, tandis que le toucher n'avait pas permis de la percevoir. Sa coloration rouge, violacée, bleuâtre, tranche sur la couleur blanc rosé de la muqueuse cervicale qui l'entoure. Ses dimensions et sa consistance la différencient d'avec les productions de nature fibreuse. On pourrait cependant confondre un polype muqueux avec certains épithéliomes tubulés, ayant de la tendance à se pédiculiser, dont nous parlerons à propos du cancer utérin. L'odeur fétide de l'écoulement, plus en rap-

[1] Barnes, *loc. cit.*, p. 666.
[2] Klob., *loc. cit.*, p. 135.

port avec l'idée d'une production maligne, peut également se rencontrer avec un polype muqueux. L'examen histologique du néoplasme serait le seul moyen, dans ces cas-là, de trancher la question d'une façon certaine. Il y aurait aussi lieu de prendre un polype muqueux, pour un reste de placenta abortif. L'état de l'utérus, les commémoratifs suffiront, le plus souvent, à lever tous les doutes et rendront inutile l'emploi du microscope, qui est cependant le procédé le plus concluant.

Si la petite tumeur est encore contenue dans la cavité utérine, on aura de la peine à la distinguer d'avec un corps fibreux plus ou moins pédiculé, ou d'avec une métrite interne chronique. Les polypes muqueux sont toujours d'un volume très inférieur à celui des variétés fibreuses. D'où il suit que l'utérus, normalement développé dans un cas, est hypertrophié dans l'autre. Les renseignements fournis par l'hystéromètre seront presque toujours négatifs pour les tumeurs muqueuses.

La distinction d'avec la métrite chronique ne peut être faite d'une façon précise que par la dilatation du col, qui permet au doigt d'explorer les divers points de la surface interne de l'utérus.

Pronostic. — Le pronostic de cette variété de polypes est généralement favorable. De nature essentiellement bénigne, ils ne récidivent jamais après ablation. Cependant les hémorrhagies développées sous leur influence présentent quelquefois de la gravité, soit subitement et par elles-mêmes (nous avons cité les observations de Barnes et de Klob), soit par l'anémie qu'elles entraînent à leur suite. Le pronostic acquiert de l'importance au point de vue de la stérilité pour laquelle ils jouent un rôle. Ils peuvent également être la cause occasionnelle d'une grossesse extrautérine, quand ils siègent vers l'orifice tubaire; amenant ainsi une oblitéra-

tion insuffisante pour empêcher le passage des spermatozoïdes, mais ne permettant pas à l'œuf fécondé de cheminer jusque dans la cavité utérine.

Étiologie. — Nous avons vu à propos de la métrite chronique, que, dans cette affection, la muqueuse utérine est souvent parsemée de granulations. Ces granulations peuvent être le point de départ des polypes muqueux. Si bien que ceux-ci sont aux fongosités utérines ou aux œufs de Naboth, ce que les polypes fibreux sont aux corps fibreux. La structure intime de ces divers produits pathologiques présente en effet une grande similitude. Aussi est-ce le plus souvent chez les multipares qu'on rencontre les uns et les autres. On a dit que les polypes muqueux étaient cause de métrite chronique. Il nous semblerait plus juste de renverser la proposition, en disant qu'ils sont, la plupart du temps, consécutifs à une métrite interne.

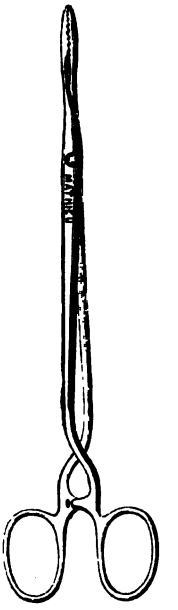


Fig. 101. — Pince à polype.

Traitement. — Si la tumeur fait saillie entre les lèvres du museau de tanche, l'ablation ne présente en général aucune difficulté. Il suffit de saisir le polype entre les mors d'une pince creusée d'une cavité (pince à polype) (fig. 101), ou même d'une pince à pansements ordinaires, et on pratique l'arrachement après quelques mouvements de torsion.

Quand le pédicule est trop épais pour permettre l'emploi de ce procédé si simple, on peut avoir recours au serre-nœud. Après l'extirpation, il est prudent de toucher le point d'implantation avec un pinceau chargé d'une solution de perchlorure de fer. La vascularisation de cette forme de

polypes exposant, plus que pour la variété fibreuse, aux dangers des hémorrhagies.

Le diagnostic d'un polype muqueux contenu dans la cavité utérine ne pouvant généralement être fait d'une façon certaine qu'à la suite de la dilatation, quand on soupçonne sa présence, il est préférable de commencer par une cautérisation intrautérine avec le nitrate d'argent solide, d'après le procédé que nous avons indiqué pour la métrite interne chronique [1]. Si les métrorrhagies continuaient à se produire, on aurait recours à la dilatation, et au moyen de l'index gauche introduit dans l'utérus on préciserait le point d'implantation du pédicule. Ce même doigt servirait de conducteur à la pince, ou au serre-nœud, selon que le choix du chirurgien aurait porté sur l'un ou l'autre instrument. Dans le cas de polypes multiples, l'emploi de la curette est indiqué, comme pour les fongosités utérines.

Polypes papillaires.

On observe sur le col de l'utérus toutes les formes de tumeurs papillaires si fréquentes à la région vulvaire, et que nous avons décrites dans un chapitre précédent [2]. La grossesse, la blennorrhagie, donnent souvent lieu à ces troductions. Leur structure anatomique les a fait désigner dous le nom de *papillomes*. Elles sont, en effet, composées de papilles hypertrophiées, constituées elles-mêmes par du tissu conjonctif, des vaisseaux, des muscles lisses et un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié. Leurs dimensions varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une amande qu'elles dépassent rarement.

Symptômes. — Les polypes papillaires donnent plus sou-

[1] Voyez page 347.
[2] Voyez page 80.

vent lieu à un écoulement muqueux ou mucopurulent qu'à des métrorrhagies. Le toucher, avec ou sans l'aide du spéculum, permettra de constater les caractères et la situation exacte de ces petites tumeurs.

Diagnostic, pronostic. — En général, lorsque ces papillomes sont implantés sur le museau de tanche, il en existe également dans les culs-de-sac vaginaux et à l'orifice vulvaire. Dans ce cas, ce sont des tumeurs bénignes, développées le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, sous l'influence de la grossesse ou de la blennorrhagie et même des deux à la fois. C'est chez des femmes enceintes atteintes de blennorrhagie que nous les avons surtout observées en très grande abondance.

On rencontre quelquefois, chez certaines malades, des papillomes uniquement localisés sur le col de l'utérus, et, dans ces cas, le pronostic est d'autant plus embarrassant, qu'on a voulu voir dans la présence de cette variété de tumeur le premier indice des manifestations cancéreuses. Nous résumerons à ce propos l'observation d'une malade entrée en 1877 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Siredey, qui nous avait confié l'examen des pièces anatomiques.

Il s'agissait d'une femme d'une soixantaine d'années qui se plaignait de pertes de sang. Comme symptômes locaux, on trouva un col dur, bosselé, non ulcéré, d'où s'écoulait un liquide sérosanguinolant légèrement odorant. Sur la muqueuse du museau de tanche siégeaient quatre ou cinq tumeurs pédiculées, dont la plus grosse atteignait le volume et la forme d'une noisette aplatie. Le pédicule était tellement mince, qu'il fut facile de le détacher au moyen de simples pinces à pansement. Par l'examen histologique, nous pûmes constater que nous avions affaire à des papillomes purs. Nulle part le revêtement épithélial ne pénétrait

dans la profondeur des tissus pour revêtir la forme d'un épithélioma.

Cependant à la suite de l'ablation de ces tumeurs, on commença à apercevoir sur le col une ulcération de mauvais aspect, et la malade succomba au bout de plusieurs mois aux progrès d'un cancer de l'utérus. Il est très possible d'admettre, que le liquide cancéreux sécrété par la cavité du col, quoiqu'il n'y eut pas au début d'ulcération visible, ait amené la production de ces papillomes. Absolument comme le pus blennorrhagique ou la présence d'un chancre peuvent causer leur développement, sans que pour cela ils aient rien de blennorrhagique ni de syphilitique. Quoiqu'il en soit, dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'il est prudent, quand on rencontre des papillomes uniquement localisés sur le museau de tanche, de réserver son pronostic, malgré la réputation de bénignité accordée très justement en général à cette sorte de tumeurs.

On a dit que la pédiculisation était une preuve de la nature bénigne du néoplasme. On a également avancé que dans les cas où les papillomes étaient l'indice d'un cancer au début, il existait une infiltration cancéreuse de la petite tumeur. Ces signes n'ont rien de certain, comme le montre notre observation [1].

Traitement. — Si les polypes papillaires se sont développés sous l'influence de la grossesse, ils disparaissent en général après l'accouchement. S'ils persistaient après la parturition, ou longtemps après la guérison d'une blennorrhagie, quelques attouchements avec l'acide chromique suffiraient pour en débarrasser les malades. Dans le cas où ils seraient la première manifestation d'un cancer, leur

[1] On a observé d'autres fois de gros papillomes fibreux suivis de cancer. Voyez Gusserow, *loc. cit.*, p. 160.

ablation ne serait indiquée que si, par eux-mêmes, ils donnaient lieu à des accidents.

Polypes fibrineux.

Anatomie pathologique. — La nature et le mode de développement des polypes fibrineux, admis et étudiés surtout par Velpeau et Kiwisch, ont donné lieu à bien des discussions. Aujourd'hui la plupart des anatomo-pathologistes s'accordent à les considérer comme des produits d'avortement. Dans le plus grand nombre des cas, l'examen histologique permet d'y constater la présence de villosités placentaires.

D'autres fois ils sont constitués par de la fibrine recouverte d'élément figurés, ou par de la fibrine coagulée sur des restes de villosités. Mais il n'est pas prouvé qu'il y ait là une organisation de nouveaux tissus [1]. Ils atteignent ordinairement le volume d'un œuf et présentent une surface tantôt lisse, tantôt irrégulière et de couleur jaunâtre.

Symptômes. — Les polypes fibrineux donnent lieu à des coliques utérines et à des métrorrhagies. Quelquefois l'écoulement de sang ne se produit que plusieurs semaines après l'accouchement ou l'avortement. Tantôt, et le plus souvent, ils restent inclus dans la cavité utérine, tantôt ils descendent jusqu'à la région cervicale. Leur pédicule est toujours implanté au niveau de l'insertion placentaire. L'utérus est gros, le col dilaté, ramolli et entr'ouvert.

Traitement. — Si les pertes de sang devenaient inquiétantes par leur durée ou par leur abondance, on enlèverait le polype après dilatation préalable. Une cautérisation avec le perchlorure de fer au niveau du point d'insertion du pédicule mettra à l'abri des hémorrhagies consécutives à l'opération.

[1] Fränkel, *Arch. f. Gyn.*, t. II, p. 76.

Cancer de l'utérus.

Parmi les dénominations assignées à une tumeur, on confond souvent celles qui indiquent sa structure histologique avec celles qui sont d'ordre purement clinique. On trouve dans l'histoire du cancer de nombreuses preuves de ce que nous avançons. En voulant baser la clinique sur des connaissances incomplètes en histologie et exigeant de cette branche de la science plus qu'elle ne pouvait donner pour le moment, on en est arrivé à obscurcir de plus en plus certaines questions, au lieu de les élucider. C'est pourquoi nous réunissons sous le nom de *cancer*, plusieurs espèces anatomiques différentes, présentant toutes des caractères communs qui constituent les tumeurs malignes.

Ces néoplasmes ont, en effet, la propriété.

1° De détruire les tissus qu'ils envahissent.

2° De se reproduire tantôt sur place ou dans le voisinage, tantôt dans des organes éloignés, en un mot de se généraliser.

3° D'entraîner presque fatalement la mort, après une durée ordinairement peu longue.

Ces trois caractères, nous les rencontrons dans le cancer utérin, à des degrés divers, quelque soit la variété anatomique à laquelle il appartienne.

Le plus ordinairement la maladie débute par le col et n'envahit le corps que secondairement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans un certain nombre de cas, le cancer se montre d'emblée dans la cavité du corps, laissant complètement indemne tout le segment cervical, d'où une première division en *cancer du col* et *cancer du corps*.

Cancer du col.

Anatomie pathologique. — On observe dans le cancer du col utérin, trois formes principales : 1° la *forme ulcé-*

reuse; 2° la *forme végétante*; 3° l'*infiltration cancéreuse*.

Dans la première, il existe des ulcérations profondes, cratériformes, à bords indurés. L'épithélium pénètre dans les tissus sous-jacents et entraîne ainsi des troubles circulatoires d'où résultent de vastes pertes de substance. Quelquefois l'ulcération a atteint et même dépassé l'orifice interne, l'orifice externe étant encore sain, ou ne présentant que des lésions à peine appréciables.

La *forme végétante* (fig. 102) commence par des produc-

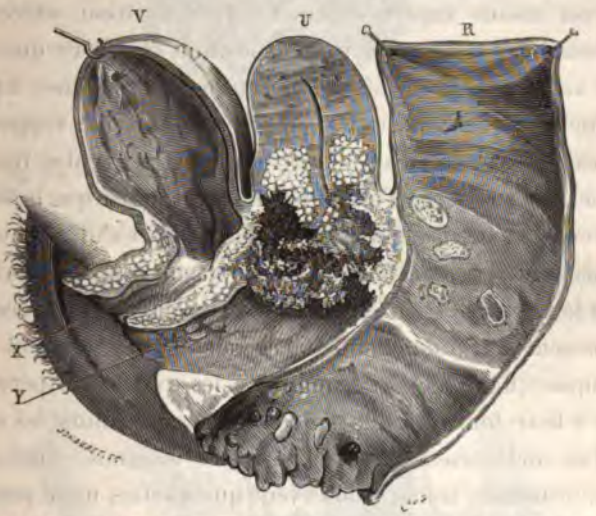


Fig. 102. — Cancer de l'utérus ayant envahi la partie antérieure du vagin, le bas fond de la vessie et le canal de l'urèthre (d'après Cruveilhier).

V. Vessie. — U. Utérus. — R. Rectum. — X. Canal de l'urèthre. — Y. Vagin.

tions papillaires à la surface du museau de tanche. Plus tard la néoformation épithéliale gagne en profondeur et amène également des ulcérations, qui ont elles-mêmes une tendance à se couvrir de végétations. Cette seconde variété paraît avoir une marche un peu plus lente que la première.

L'*infiltration* débute par les couches profondes de la

muqueuse et forme des nodosités plus ou moins dures, d'abord recouvertes par l'épithélium sain, ayant plus tard une tendance à s'ulcérer. Cette forme avait été considérée comme se développant aux dépens du tissu conjonctif. On s'accorde aujourd'hui à la regarder aussi comme d'origine épithéliale, peut-être même glandulaire[1]. Plus souvent qu'on ne le croit en général, les lésions commencent dans la cavité cervicale au-dessus de l'orifice externe, et on observe alors des masses arrondies, tantôt molles tantôt dures, situées plus ou moins superficiellement dans le tissu utérin, et présentant d'autres fois une disposition régulière qui rappelle au premier abord les caractères de certaines hypertrophies simples. Aucune de ces variétés ne se rapporte à une espèce histologique bien définie. Elles peuvent se trouver réunies ou passer de l'une à l'autre. C'est ainsi que la forme ulcéreuse devient végétante, ou que celle-ci s'ulcère autour des productions papillaires. Ces néoplasmes envahissent peu à peu le vagin, le tissu conjonctif voisin, la vessie, le rectum et donnent lieu à des fistules. Les vaisseaux veineux et lymphatiques (fig. 103), les ganglions, les ovaires, le péritoine sont à leur tour atteints; plus rarement les muscles et les os. Les métastases du côté d'organes éloignés, foie, poumon, estomac, reins, s'observent quelquefois mais peu fréquemment. Au bout d'un certain temps, l'organe utérin peut être détruit en grande partie et ne plus être représenté que par son fond réduit à une sorte de calotte (fig. 104). La pelvipéritonite est presque constante dans ces cas. Il n'en est pas de même de la péritonite généralisée, sauf quand des matières putrides ou gangrénées pénètrent dans la cavité séreuse.

[1] D'après Veit et Runge, il y aurait trois formes anatomiques du cancer utérin : 1° Aux dépens du tissu conjonctif. 2° Aux dépens des papilles. 3° Aux dépens de l'épithélium glandulaire, mais jamais des couches épithéliales superficielles. Voyez Veit et Runge, *Centralblatt f. Gyn.*, 1877.

Les fistules urinaires, plus fréquentes que les fistules rec-

Fig. 103. — Lésions des vaisseaux veineux, dans un cas de cancer utérin (d'après Cruveilhier).

U. Fond de l'utérus. — T. Trompe coupée. — V. Vagin. — VV. Veines.

tales, existent dans un sixième des cas environ. Nous avons vu que la métastase cancéreuse du côté des reins ne se

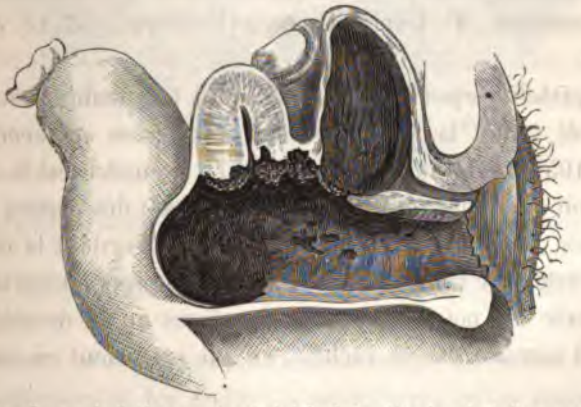


Fig. 104 — Cancer de l'utérus ayant entraîné la destruction du col et d'une partie du corps, et amené de vastes pertes de substances d'où résultait une large fistule vésico-utéro-vaginale (d'après Cruveilhier).

montre qu'à titre d'exception, en revanche on rencontre sou-

vent d'autres lésions du système uropoétique, la pyélo-néphrite, la néphrite parenchymateuse, la dégénérescence amyloïde. Le cancer utérin est rarement secondaire. Si on l'observe dans ces conditions, c'est presque toujours par les couches sous-péritonéales que se fait la propagation et non par la muqueuse.

Les caractères macroscopiques de ces diverses néoplasies ne donnent pas grande indication sur leur structure histologique. A une certaine époque, quelques anatomistes, à l'exemple de Lebert, crurent qu'il existait des éléments spécifiques, caractéristiques du cancer, la *cellule cancéreuse*. Ce fut avec grande raison que les cliniciens d'alors s'élevèrent contre ces prétentions des histologistes. Il n'existe, en effet, aucune cellule spécifique, et ce n'est que par la disposition, le groupement des éléments, l'ensemble de la structure, qu'on peut classer une tumeur et faire un diagnostic anatomique précis.

Les trois espèces histologiques qu'on rencontre le plus ordinairement sur le col utérin sont : 1° L'épithéliome pavimenteux. 2° L'épithéliome cylindrique. 3° Le carcinome.

L'*épithéliome pavimenteux* est la plus fréquente de toutes[1]. Il revêt tantôt la forme *lobulée avec globes épidermiques* (fig. 105), tantôt la forme *tubulée*. La première est la seule qui soit reconnaissable à l'œil nu. On voit des parties blanchâtres, peu vasculaires, d'un aspect cireux, dont la dureté contraste avec la friabilité. La surface de section est sèche, couverte de petits grumeaux incolores qu'on détache en grand nombre par le raclage, et qui consistent en masses

[1] Sur 203 cas de cancer utérin, où le diagnostic histologique était indiqué, Gusserow n'a trouvé que 17 cas de carcinome (Gusserow, *loc. cit.*, p. 182). D'après Cornil et Ranvier, le carcinome serait au contraire une forme assez fréquente de cancer utérin (Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 1147).

épithéliales au milieu desquelles on rencontre des *globes épidermiques*.

Dans *la forme tubulée*, les tubes, de dimensions variables, remplis de cellules pavimenteuses, sont séparés les uns des autres par le tissu fibromusculaire utérin. Ces deux variétés

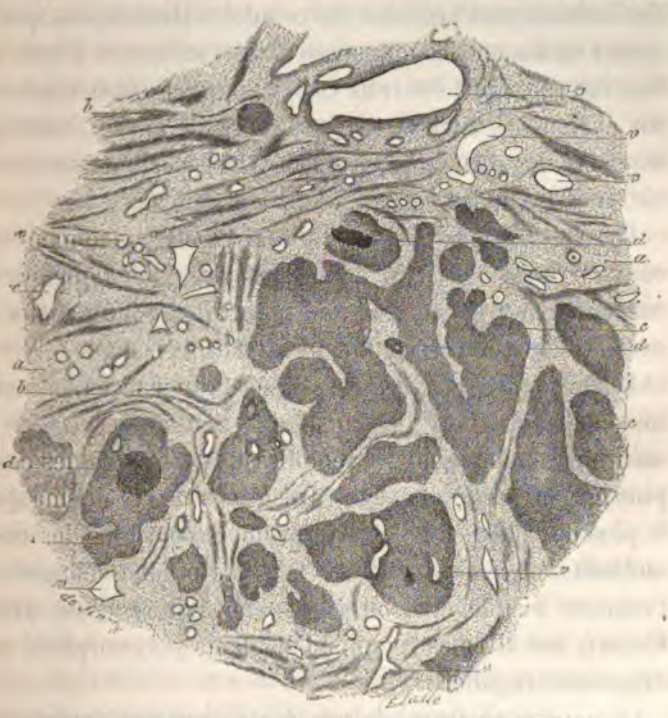


Fig. 105. — Coupe d'un épithéliome pavimenteux lobulé du col de l'utérus (gross. de 30 diam.).

a. Tissu conjonctif. — *b*. Faisceaux musculaires. — *c*. Masses épithéliales. — *d*. Bourgeons embryonnaires ou vasculaires. — *v*. Vaisseaux coupés en long ou en travers.

de tumeur se reproduisent avec les mêmes caractères dans les bourgeons et les nodosités secondaires qu'on rencontre dans leur voisinage. Il est rare d'observer, dans ces cas, des métastases vers des organes éloignés. Ces généralisations à distance n'ont jamais été vues par Cornil et Ran-

vier[1], mais rencontrées par d'autres anatomistes et en particulier par Virchow.

L'*épithéliome cylindrique* constitue en général des tumeurs molles, contenant des lacunes et des petits kystes visibles à l'œil nu, et donnant au raclage du suc lactescent. Ces lacunes sont tapissées de cellules cylindriques, qui revêtent également les anses vasculaires saillantes à leur surface interne. Dans les trois cas de ce genre étudiés par Cornil et Ranvier, tout le tissu utérin était envahi, ainsi que les ganglions lymphatiques, la surface péritonéale, la vessie, le rectum, les nerfs sciatiques et cruraux.

Ces épithéliomes se généralisent plus fréquemment que ceux de la variété pavimenteuse. Ils présentent quelquefois une apparence polypeuse[2], qui pourrait les faire confondre avec certains polypes muqueux de nature bénigne[3].

Le *carcinome utérin* revêt l'aspect du cancer encéphaloïde. C'est surtout lui qui donne lieu à ces grosses tumeurs en champignons[4], remplissant dans quelques cas la plus grande partie du vagin. C'est aussi le carcinome qui a le plus de tendance à détruire promptement tous les tissus ambiants, et à se reproduire sur des organes éloignés. A l'examen histologique on trouve au milieu d'un stroma fibreux, des alvéoles remplis d'éléments polymorphes, sans disposition régulière[5].

Quoique nous ayons cherché à indiquer quelques-uns des

[1] Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 1151.

[2] Montfumat, *thèse de doctorat*, Paris, 1867, et Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 284.

[3] Voyez page 433.

[4] Voyez figure 102.

[5] Les caractères qui rapprochent l'épithéliome de certains carcinomes paraissent s'accentuer de plus en plus à mesure qu'on étudie davantage la structure et le développement de ces tumeurs. (Voyez Malassez, *Arch. de Physiol.*, 1876, p. 353.) La division qu'on avait établie, au point de vue de la différence d'origine blastodermique des deux produits pathologiques, n'est pas aussi tranchée qu'on l'avait cru pendant longtemps.

caractères cliniques que présente plus spécialement chacune des variétés histologiques du cancer utérin, il n'en est pas moins vrai, que, ni leur aspect macroscopique, ni leur marche, ni leur gravité, ne les différencient notablement l'une de l'autre[1]. Il semble y avoir deux facteurs principaux qui contribuent à augmenter ou diminuer la promptitude de la marche et de la généralisation de ces tumeurs. D'un côté le néoplasme envahissant, d'un autre les tissus envahis qui réagissent plus ou moins et d'une façon différente. L'élément anatomique néoplasique a une puissance proliférante plus ou moins grande selon son âge, et selon qu'il marche vers la forme adulte ou qu'il reste à l'état jeune. D'un autre côté, le terrain sur lequel il se développe peut ne présenter qu'une réaction nulle, ou exubérante mais sans direction déterminée, et dans ces deux cas la maladie a une marche prompte et se généralise facilement. Quand au contraire la réaction est active et tend à former du tissu fibreux, celui-ci oppose une barrière au produit pathologique qui reste ainsi localisé sur un point. Des faits de ce genre sont évidents pour certains épithéliomes de la face, très bien nommés par les anciens *noli me tangere*. Stationnaires pendant longtemps, ils présentent tout d'un coup, sous l'influence d'une irritation quelconque, d'une cautérisation superficielle, une marche rapide qui les amène à produire promptement de vastes pertes de substances.

Symptômes. — Dans les premières périodes, le cancer ne donne souvent lieu qu'à des phénomènes insignifiants, tels que sentiment de pesanteur ou de plénitude dans le

[1] Il résulte de nos descriptions anatomiques, que nous rangeons sous cette même dénomination de cancer les excroissances en choux-fleur de Clarcke, les ulcères rongeants et toutes ces formes décrites sous les noms les plus variés, mais qui, dans l'état actuel de nos connaissances et au point de vue de leur structure intime, ne peuvent pas se distinguer par leurs manifestations cliniques.

bassin, tiraillements dans la région lombaire. Cette inocuité apparente du cancer utérin, au début, est un caractère qui a frappé tous ceux qui se sont occupés de cette question [1].

L'hémorrhagie est un des premiers symptômes qui attire l'attention des malades et qui manque rarement, même dans les premières phases. Tantôt elle commence par une simple ménorrhagie. Les règles durent plus longtemps qu'à l'ordinaire, leur abondance est augmentée. Ou bien c'est une perte de sang pendant l'époque inter-menstruelle qui ouvre la scène. La métrorrhagie s'arrête sous l'influence du repos, pour reparaître de nouveau au bout de peu de temps. Chez les femmes qui ont atteint la ménopause, ces écoulements sanguins revêtent des formes variables, soit irrégulières, soit présentant la périodicité des époques menstruelles. Pour les malades d'un certain âge, on doit toujours se méfier des assertions relatives à cette fonction. Fières de posséder encore cet attribut de la jeunesse, elles cherchent quelquefois à en imposer à leur médecin et à se faire illusion à elles-mêmes.

Dans l'intervalle des pertes sanguines, on observe un écoulement séreux dont les caractères sont importants à connaître. Le liquide qui le constitue ne ressemble, ni au mucus gélatiniforme fourni par les glandes du col, ni au produit *mucopurulent* de la métrite chronique. Il empèse le linge à la façon d'un liquide muqueux et peu épais. Sa coloration rousseâtre l'a fait comparer à du jus de viande. Souvent *inodore* au début, il contracte plus tard une odeur de *putridité* infecte, qui manque rarement dans les périodes avancées de la maladie. Ses autres caractères se modifient également à mesure que l'affection fait des progrès. Il de-

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 997.

vient sanieux, purulent, contenant du sang du putrilage, des débris de tissu sphacélés.

Les malades présentent de bonne heure des troubles digestifs, une diminution de l'appétit, des douleurs gastralgiques, des vomissements, qui ne sont nullement en rapport avec une généralisation du côté de l'estomac, complication rare du reste. Le prurit vulvaire, les manifestations sympathiques du côté des seins (mastodynie), signalées par beaucoup d'auteurs, n'ont rien de spécial, et sont loin de se rencontrer dans tous les cas. Les douleurs manquent presque toujours au début et sont exceptionnelles dans les premières périodes. Il existe quelquefois des troubles de la miction et de la défécation, même avant que le néoplasme ait envahi la vessie ou le rectum.

Dans les phases plus avancées de la maladie, les souffrances acquièrent un degré extrême d'acuité et commencent surtout à se manifester quand les nerfs sont comprimés et que le tissu cellulaire du bassin est atteint. La péritonite joue aussi un certain rôle dans ces phénomènes douloureux. A mesure que les lésions progressent, l'amaigrissement s'accentue de plus en plus. On voit apparaître une teinte jaune paille des téguments, de la bouffissure de la face, de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs ou de la phlegmasia alba dolens sous l'influence de thromboses veineuses. Cet ensemble de symptômes constitue ce qu'on désigne sous le nom de *cachexie cancéreuse*. La fièvre hectique s'allume, les malades n'ont plus de repos ni jour ni nuit, tombent dans le marasme, et la mort arrive peu à peu, sous l'influence de l'affaiblissement général de l'organisme. Les inconvénients résultant de fistules vésico et recto-vaginales qui constituent quelquefois de véritables cloaques[1].

[1] Voyez figure 104.

compliquent souvent les dernières phases de la maladie. Dans ces périodes ultimes les hémorrhagies peuvent cesser. Elles sont du reste rarement la cause immédiate de la mort.

La terminaison funeste est également amenée par une péritonite intercurrente, par des complications pulmonaires ou emboliques[1]. La septicémie s'observe peu souvent dans ces conditions. Cette rareté est due, probablement, à la réaction des tissus avoisinant le néoplasme, qui opposent une sorte de barrière à l'introduction des matières septiques dans lesquelles baignent le col. La fréquence plus grande des accidents de ce genre après les manœuvres opératoires vient encore à l'appui de cette interprétation.

Les lésions que nous avons signalées du côté des reins, à propos de l'anatomie pathologique, sont souvent aussi la cause de la mort dans le cancer utérin. Ces faits, notés déjà par Aran, ont donné lieu à de nombreux travaux dans ces dernières années. Les accidents urémiques revêtent tantôt la forme aiguë, tantôt la forme chronique, et se manifestent alors par des symptômes convulsifs ou comateux à marche lente. Les malades se plaignent de céphalalgies violentes. Elles présentent d'une façon irrégulière, des vomissements, de la diarrhée, des convulsions partielles, de la dyspnée, des troubles de la vision. Ces phénomènes s'accompagnent d'un abaissement progressif et considérable de la température centrale, ainsi que l'ont montré les beaux travaux de MM. Charcot et Bourneville. En même temps on

[1] Nous donnons ici les chiffres publiés par Blau, résultant de 93 autopsies de cancer de l'utérus, dont 90 du col et 3 du corps. Sur ces 93 malades, 48 fois la mort eut lieu dans le marasme, 27 fois par péritonites purulentes, 11 par pneumonies, 4 par pleurésies, 3 par embolies pulmonaires. Sur ces 93 cas, 75 fois le vagin était envahi et il existait 28 fistules vésicales et 13 fistules rectales. Enfin, 57 fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, il y avait de l'hydronéphrose et des accidents du côté des reins. (Blau, *Pathol. anatom. über den Gebärmutterkrebs*, Berlin, 1870.)

constate une diminution ou une suppression plus ou moins complète de l'excrétion urinaire, et la mort arrive après une période comateuse. Quelquefois on observe un coma foudroyant, comme dans une attaque d'apoplexie[1].

Le *toucher* permet de constater, dans la plupart des cas, déjà à une période peu avancée du cancer, une fixation, une immobilité presque complète de l'utérus. Cette sorte d'enclavement de l'organe utérin est un signe important au début et auquel Aran a donné, avec raison, une grande signification. Dans la forme ulcéreuse, le doigt rencontre une ulcération en entonnoir, à bords durs, saillants, irréguliers.

Dans les formes végétantes, on reconnaît l'existence de nombreuses granulations arrondies, fermes, résistantes, tranchant par leur dureté sur la mollesse des tissus ambiants. Ces granulations, sur lesquelles Montgomery a beaucoup insisté, augmentent rapidement de volume, s'agglomèrent et arrivent à former ces végétations en choux-fleurs, ces énormes champignons que l'on observe plus tard. Quelquefois, au début, ces productions donnent au doigt une sensation qui rappelle la surface d'une verrue. Dans l'infiltration, le col est gros, irrégulier, bosselé, de consistance variable selon les points. Ainsi, à côté d'un point dur, semi-ligneux, on en trouve un autre mou, presque fluctuant.

L'*introduction du spéculum* est souvent difficile chez les malades atteintes de cancer utérin. On a de la peine à saisir le col, soit à cause de ses dimensions énormes, soit à cause de la fixation et de l'immobilité de l'utérus.

La muqueuse présente par places une nuance violacée, remplacée ailleurs par un aspect pâle et blanchâtre. Ou bien on voit des végétations également violacées, blafardes, saignant au moindre contact, ce qui doit rendre très

[1] *Accidents urémiques dans le cancer de l'utérus;* Boudin, thèse de doctorat. Paris, 1876.

prudent dans l'emploi du spéculum, pour des cas de ce genre. Ces excroissances, de formes et de dimensions diverses, tranchent par leur couleur sur la teinte absolument pâle et anémique des tissus qui les supportent. Ces différences de coloration d'un point à un autre se rencontrent également dans les formes ulcéreuses et sont presque caractéristiques.

La *durée* de la maladie, très variable selon les cas, serait de 16 à 17 mois en moyenne d'après Courty[1], et de 12 mois environ d'après Gusserow[2]. L'âge a une grande influence sur la marche du cancer. Tandis que pour les femmes jeunes, la terminaison fatale arrive souvent au bout de 6 à 8 mois, quelquefois même au bout de 3 mois, pour les sujets avancés en âge, la vie peut se prolonger pendant plusieurs années. Nous avons recueilli nous-mêmes des observations chez des femmes de 68 et 70 ans, chez lesquelles la maladie avait duré 5 et 6 ans après que nous avions constaté pour la première fois ses caractères bien accentués; ce qui nous permettait de faire remonter le début à une époque plus reculée. On a du reste rarement l'occasion d'étudier les premières manifestations du cancer, à cause de cette bénignité apparente de la période initiale, sur laquelle nous avons suffisamment insisté.

Diagnostic. — Le diagnostic, souvent si embarrassant dans le principe, ne présente aucune difficulté, en général, dans les phases avancées. Ce n'est qu'un examen insuffisant qui a pu faire penser à une tumeur maligne, dans les cas de fibromyomes dégénérés, où le tissu mou, putréfié, est entouré par l'orifice du col absolument sain. La tumeur cancéreuse est friable, se divise en petites particules si on la touche; le fibromyome est plus difficile à séparer et montre

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 996.
[2] Gusserow, *loc. cit.*, p. 199.

une disposition en faisceaux déjà caractéristique à l'œil nu. Il est encore plus facile de distinguer un placenta altéré, faisant saillie entre les lèvres du col. La putridité et l'odeur infecte de l'écoulement pourraient seules au premier abord donner le change dans ces deux cas. Nous avons déjà parlé[1] de la ressemblance qui existe entre certaines formes rares d'épithéliome cylindrique et les polypes muqueux. L'épithéliome ne présente jamais un pédicule aussi nettement dessiné que les polypes muqueux.

Quand l'ulcération cancéreuse siège dans le canal cervical, la muqueuse externe du museau de tanche étant à peu près saine, on pourrait penser à une métrite chronique du col. Dans la métrite interne, surtout si elle domine du côté du col, les hémorrhagies abondantes sont rares. Mais le caractère de l'écoulement est encore un meilleur signe : muqueux, mucopurulent, plus ou moins épais dans la métrite, il devient séreux et roussâtre dans le cancer. L'odeur repoussante des liquides, quoiqu'accompagnant plus fréquemment les productions malignes, peut également être observée dans les inflammations chroniques simples de l'utérus.

Les difficultés du diagnostic sont quelquefois augmentées par le fait d'un rétrécissement du vagin siégeant au-dessous des points envahis, et empêchant le doigt de pénétrer jusqu'à la région malade. Ces rétrécissements du tiers supérieur du vagin peuvent exister chez les vieilles femmes en l'absence de toute néoplasie et donner également lieu à des sécrétions fétides. Mais, dans ces cas, il n'y a pas d'hémorrhagie. En outre, le toucher rectal suppléera au toucher vaginal et permettra de se rendre compte de l'état des parties et de juger la question.

La forme ulcéreuse au début est souvent difficile à diffé-

[1] Voyez page 433.

rencier des ulcérations simples accompagnant la métrite. Celles-ci sont généralement rouges; leurs bourgeons exubérants ressemblent à des bourgeons de tissu cicatriciel. Tandis que, dans le cancer, ils ont une coloration violacée, livide, qui tranche sur la pâleur et la couleur blanche de la muqueuse ambiante. L'ulcération cancéreuse est creuse, irrégulière, à bords élevés et infiltrés, tous caractères moins accusés dans celle de nature bénigne. Le tissu qui entoure l'érosion simple est mou; plus ou moins induré déjà au début du cancer. La facilité de séparer par le raclage de petits fragments des points envahis plaiderait en faveur d'une tumeur maligne. L'examen histologique des produits ainsi obtenus ne donne le plus souvent que des renseignements insuffisants. Enfin, si spontanément, ou sous l'influence des topiques, la lésion tend à se cicatriser sur ces bords, c'est qu'elle n'est pas d'origine cancéreuse.

Il est encore plus difficile de distinguer l'infiltration carcinomateuse du col, quand la muqueuse est saine, d'avec certaines variétés de métrites chroniques[1]. Les nodosités situées au-dessous de l'épithélium, indiquent une affection de mauvaise nature. Ces nodosités isolées, dures, plus consistantes que les tissus voisins présentent une couleur bleuâtre, violacée. Mais ces saillies arrondies, disséminées, n'existent pas toujours et le col atteint de cancer est alors très gros, dur et régulier. Ce sont ces derniers cas qu'il est quelquefois impossible, à un premier examen, de différencier d'avec une hypertrophie simple ou une induration chronique. Cependant encore ici, on s'aperçoit que la consistance des tissus n'est pas la même sur tous les points du segment cervical. Le peu de mobilité ou la fixation de l'utérus, l'induration du vagin au voisinage de ces insertions, sont des signes d'une grande valeur.

[1] Voyez page 362.

Spiegelberg[1], dans son travail sur le cancer au début, donne deux moyens de diagnostic auxquels il attache une grande importance. D'après lui, dans le cancer, la muqueuse adhère complètement aux tissus sous-jacents, dans la métrite elle conserve toujours un certain degré de mobilité. En second lieu, dans le cancer la dilatation du col au moyen de l'éponge préparée est très difficile ou impossible à obtenir, contrairement à ce qu'on observe pour l'utérus atteint de métrite. Ces deux moyens de différenciation ne nous paraissent pas présenter tous les avantages annoncés par leur auteur. Il est presque impossible de constater le degré de mobilité de la muqueuse cervicale, degré de mobilité qui est lui-même variable à l'état normal, et la dilatation rencontre les mêmes résistances dans certaines hypertrophies simples, que dans l'infiltration cancéreuse.

On a conseillé, pour fixer le diagnostic, de détacher une parcelle du néoplasme et de la soumettre à l'examen histologique. Cette idée date de l'époque où on croyait à l'existence de la cellule cancéreuse. Car, dans la grande majorité des cas, l'examen histologique fait dans ces conditions n'apprendrait rien de bien précis. Malgré tous les procédés d'investigation, il y a des circonstances où on ne peut être certain de la nature de la production morbide qu'en suivant les malades pendant quelque temps, et en étudiant la marche et le mode de développement de l'affection.

La fréquence des erreurs de diagnostic explique pourquoi, à une certaine époque, on guérissait si souvent le cancer par l'amputation du col. C'est qu'on prenait pour des tumeurs malignes ce qui n'était que des hypertrophies simples, comme nous avons pu plusieurs fois le constater nous-mêmes.

[1] *Archiv. f. Gyn.*, t. III, p. 233.

Pronostic. — Le pronostic du cancer est presque toujours fatal, quelque soit son espèce anatomique. Les rares faits rapportés de cures spontanées étaient probablement dus à des cas de métrites chroniques ou de polypes simples. Même en amputant de bonne heure, la guérison est très rare. Le cancer utérin est une horrible maladie, pour les patientes, pour leur entourage et pour le médecin lui-même, qui, dans les périodes avancées, ne peut quelquefois plus apporter de soulagement aux douleurs atroces qui tourmentent ces malheureuses femmes.

Les rapports du cancer avec la grossesse et l'influence réciproque de ces deux états l'un sur l'autre ont fait le sujet de nombreux travaux[1]. Le cancer utérin n'est point une cause absolue de stérilité. La conception a lieu souvent dans ces conditions, mais en général la grossesse est interrompue[2]. Le point où siège le néoplasme a une grande importance à ce point de vue, et quand les lésions ne remontent pas au delà de l'orifice interne la gestation peut arriver à son terme. D'autres fois, elle se prolonge au delà de sa durée ordinaire et se continue jusqu'à 11, 12 et même 17 mois[3]. La grossesse agit d'une façon défavorable sur la marche de l'affection cancéreuse, dont elle semble précipiter le dénouement fatal. Sur les 60 cas réunis par Chantreuil[4], 25 femmes moururent pendant le travail ou les suites de couche. Sur ces 25 il y eut 6 ruptures de l'utérus. Les 35 autres survécurent à l'accouchement et moururent dans le courant de l'année ou l'année suivante. Nous ne parlerons pas des indications thérapeutiques dans les cas de ce

[1] Voyez, outre les traités d'accouchement, Chantreuil, *Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement;* Paris, 1872; et Cohnstein, *Arch. f. Gyn.*, t. V, p. 366.

[2] Sur 120 cas, Chantreuil a trouvé 40 pour 100 d'avortements, *loc. cit.*, p. 14.

[3] Depaul, *Archives de Tocologie*, t. I, p. 67.

[4] Chantreuil, *loc. cit.*, p. 64.

genre. Ce sont là des questions de pratique qui concernent les traités d'obstétrique.

Étiologie. — Le cancer de l'utérus ne se développe jamais avant la puberté. Les quelques observations relatives à des enfants sont bien incomplètement étudiées[1]. Gusserow sur un relevé de 2265 cas, n'en a pas trouvé un seul au-dessous de 17 ans. On voit par cette statistique[2], que, très rares dans les premières années qui suivent la menstruation, les affections malignes de l'utérus ont leur maximum de fréquence entre 40 et 50 ans. Leur début coïncide souvent avec la ménopause et on ne les observe chez des femmes encore réglées que dans un sixième des cas à peine[3].

L'hérédité, qui joue un rôle si considérable dans l'étiologie du cancer en général [4], semble avoir une moindre importance pour celui de l'utérus. On a prétendu que la métrite chronique pouvait se transformer en tumeur de mauvaise nature[5]. Les érosions chroniques, les ulcérations du col, l'ectropion de la muqueuse sont quelquefois le point de départ d'un cancer, chez des femmes prédisposées. Mais, dans ces circonstances il n'y a rien de commun entre les deux maladies, et le néoplasme se développe de préférence sur les points dénudés (*locus minoris resistentiæ*). Comme on voit certains épithéliomes cutanés choisir pour leurs premières manifestations la surface d'un vésicatoire ou d'un cautère.

[1] Dans les deux faits cités par Barnes, l'un avait trait à une enfant de 9 ans, et l'autre à une enfant de 10 ans, avec généralisation au foie et au poumon. Dans ces deux cas, l'absence d'examen histologique ne permet pas de formuler une opinion. (Voyez Barnes, *loc. cit.*, p. 688.)

[2] Sur 2265, il y avait 1 cas à 17 ans, 1 à 19, 81 de 20 à 30, 476 de 30 à 40, 771 de 40 à 50, 600 de 50 à 60, 258 de 60 à 70, et 82 au-dessus de 70 ans. (Gusserow, *loc. cit.*, p. 187.)

[3] Picot, *Grands processus morbides*, t. II, p. 1186.

[4] Broca, *loc. cit.*, t. I, p. 151.

[5] Nous nous sommes déjà occupés de cette question à propos de la métrite. (Voyez page 363.)

On a voulu faire intervenir comme cause de cancer, la syphilis, la masturbation, les excès de coït, les accouchements fréquents. Toute cette étiologie est douteuse, et on rencontre des tumeurs malignes de l'utérus aussi bien chez les nullipares que chez les multipares, et chez les femmes de vie et de conduite régulière comme chez les prostituées.

Le cancer utérin est une maladie assez fréquente. Il paraît se développer plus souvent en Europe que dans les autres contrées, et se montre rarement dans les pays tropicaux. Les races jouent également un certain rôle dans son étiologie et les nègresses y sont moins exposées que les femmes de race blanche.

On a cherché dans l'expérimentation, des indications relatives à la contagion du cancer. Cette question est loin d'être résolue, quoiqu'on s'accorde en général à admettre la non contagiosité, en se basant sur l'innocuité fréquemment constatée des rapports sexuels dans des cas de ce genre. Ces observations ne sont pas plus probantes que les expériences faites jusqu'à présent. En effet, on a inoculé à des chiens ou à des cobayes des produits de tumeurs malignes. Mais rien ne démontre que sur un terrain favorable l'inoculation ne réussirait pas. La seule conclusion qu'on puisse en tirer, pour le moment, c'est que dans les conditions où on s'est placé les résultats ont été négatifs.

Traitement. — Une foule de médicaments internes ont été tour à tour préconisés contre le cancer utérin. L'arsenic, la ciguë, l'iode, vantés par les anciens médecins, n'ont aucune action sur sa marche ni sur son développement. Les cas de guérison cités comme s'étant produits sous l'influence de ces divers traitements étaient évidemment dus à des erreurs de diagnostic.

La destruction du néoplasme au moyen de caustiques n'a pas donné de résultats satisfaisants; soit qu'on ait em-

ployé l'électrolyse, soit qu'on ait eu recours à la potasse, au chlorure de zinc, à l'acide phénique ou chromique, aux solutions de brome. Tous ces procédés ne sont jamais que des palliatifs. Nous en dirons autant des injections intraparenchymateuses avec les solutions de chlorure de zinc, ou de perchlorure de fer (Kiwisch, Gallard)[1]. On doit encore, à titre de moyen palliatif, conseiller les injections vaginales dont la composition variera avec la période de la maladie. Au début on peut employer les solutions de tannin, d'acide pyroligneux, de brome. Plus tard les irrigations désinfectantes avec le permanganate de potasse[2], les acides salycilique, phénique, thymique. Dans l'intervalle, on ordonnera des pansements avec des suppositoires calmants[3], avec des solutions saturées de chlorate de potasse, d'hydrate de chloral, ou avec la poudre de quinquina et d'écorce de chêne additionnées d'acide salycilique et thymique. Les douches d'acide carbonique, les pulvérisations de chloroforme dans le vagin, qui donnent de bons résultats dans certaines affections douloureuses des organes génitaux, nous ont paru inefficaces dans le cancer.

Le chloral, les injections hypodermiques de chloroforme pourront être tentées. Mais le meilleur de tous les moyens et

[1] *Gaz. des hôpit.*, 1867, p. 313, et *Aran. loc. cit.*, p. 976.

[2]

Eau	500	grammes.
Permanganate de potasse	20	—

ou bien

Acide thymique	10	—
Alcool	200	—

Plusieurs injections par jour avec un demi-verre d'eau additionnée d'une cuillerée à bouche d'une des deux solutions.

[3]

Iodoforme	1 gramme.
Extrait d'opium, Extrait de belladone	aā 50 centigrammes.
Acide thymique	10 centigrammes.
Beurre de cacao	20 grammes.

pour un suppositoire vaginal.

le seul vraiment actif c'est la morphine. La région supérieure de la cuisse au voisinage du grand trochanter, par son peu de sensibilité, offre un siège d'élection pour les piqûres hypodermiques. C'est en effet le procédé préférable dans les cas de ce genre. L'administration de l'opium par les voies digestives ne peut pas être continuée pendant longtemps, sans donner lieu à des troubles gastriques. Aussi doit-on recourir à la méthode sous-cutanée, en ayant soin de commencer par de petites doses, dans le double but d'éviter l'accoutumance et de tâter la susceptibilité individuelle de la malade. Au début on injectera de 5 à 10 milligrammes de chlorhydrate de morphine[1]. Dans les périodes avancées, on est allé quelquefois jusqu'à la dose de 40 centigrammes par jour.

Certaines complications présentent des indications particulières. Contre l'hémorrhagie, on essayera les irrigations continues d'eau froide additionnée de perchlorure de fer. On donnera à l'intérieur une potion astringente au ratanhia[2]. L'ergot de seigle, si utile dans les métrorrhagies dues à des corps fibreux, a généralement peu d'action sur celles qui dépendent d'un cancer. Si la perte de sang devenait inquiétante, on pratiquerait le tamponnement.

Contre les troubles digestifs et les vomissements, on donnera les aliments froids et en petite quantité à la fois. Pour boisson, des eaux minérales de Vichy, du vin de Champagne frappé. Enfin, si la malade supporte bien le lait, on la mettra à la diète lactée. Pour lutter contre la constipation ou les selles douloureuses, les lavements froids auxquels on ajoute

[1] Voyez la formule des injections hypodermiques de morphine, page 322.

[2]

Eau distillée.	90	grammes.
Eau distillée de menthe	30	—
Hydrate de chloral.	2	—
Extrait de ratanhia.	4	—
Sirop de coings.	30	—

à prendre par cuillerées à bouche.

une ou deux cuillerées de glycérine ou d'huile de ricin, sont préférables aux purgatifs introduits par la bouche.

S'il existait de l'albumine dans l'urine et qu'on observe le début des accidents urémiques, il faudrait alors chercher à agir sur l'intestin au moyen des purgatifs drastiques, le jalap, la scammonée (15 à 20 grammes d'eau-de-vie allemande). En même temps on fera pratiquer des frictions sèches sur la peau avec un linge rude, ou des lotions générales froides souvent répétées.

L'*amputation du col* peut être tentée, si le néoplasme semble encore limité et qu'on croit possible d'opérer au delà des points envahis. Même dans ces cas en apparence favorables, les guérisons radicales sont bien rares, et la maladie récidive presque toujours. Les observations anciennes, et toutes celles où la partie amputée n'a pas été soumise à un examen histologique sérieux, doivent être rejetées au point de vue de la question qui nous occupe. Malgré le peu d'espoir qu'a le chirurgien d'obtenir un résultat durable, il arrive ainsi à prolonger l'existence. Surtout dans les variétés ulcéreuses, s'il est possible d'enlever toute la région atteinte en apparence, que l'utérus soit mobile par conséquent le péritoine sain, l'intervention est indiquée. Mais on ne doit pas oublier que quelquefois l'opération donne une nouvelle vigueur, un coup de fouet pour ainsi dire, à la puissance proliférante de l'affection cancéreuse, qui affecte une marche encore plus rapide. Dans l'infiltration, il est presque toujours impossible d'opérer en tissu sain.

Pour pratiquer l'amputation du col utérin atteint de cancer, on a à choisir entre plusieurs procédés. 1° L'instrument tranchant, bistouri, ciseaux, thermocautère. 2° L'écraseur. 3° L'anse galvanocaustique. Ces divers moyens s'appliquent du reste à des cas différents et exposent tous, à un plus ou moins haut degré, aux dangers des hémorrhagies, aux in-

inflammations circumutérines, aux accidents septicémiques. Il résulte cependant de l'ensemble des statistiques, que la mort est rarement causée par l'opération.

Pour agir avec plus de facilité, quelques chirurgiens ont conseillé d'attirer l'utérus à la vulve. C'est là une mauvaise pratique, qui risque de donner lieu à des accidents péritonitiques. Même quand l'organe est encore mobile, il est préférable d'amputer, sans chercher à le rapprocher de l'orifice vulvaire. L'index et le médius gauches introduits dans le vagin servent à saisir le col avec les mors d'une pince de Museux, dont les branches seront maintenues dans la paume de la main. Ces mêmes doigts rempliront le rôle de conducteur pour les ciseaux courbes à longues branches avec lesquels on sectionnera lentement les tissus. Pour parer aux dangers d'une hémorrhagie, Clark a conseillé l'usage de ciseaux à mors dentelés, qui broient plutôt qu'ils ne coupent. L'amputation terminée, on introduit le spéculum, et après avoir détergé les parties au moyen d'injections froides, on badigeonne la surface de section avec le perchlorure de fer et on la recouvre de tampons d'ouate imbibés de la même substance en solution. Le procédé de Sims, consistant à revêtir la partie amputée avec des lambeaux de la muqueuse, nous paraît indiqué dans les hypertrophies simples plutôt que dans les affections cancéreuses. Il faut surveiller la cicatrisation, cautériser au fer rouge ou à l'acide chromique les bourgeons trop exubérants, et empêcher que le tissu cicatriciel amène une oblitération de l'orifice utérin.

L'*écraseur* présente l'inconvénient, déjà signalé[1], qu'on a de la peine à limiter son action. Ou si on implante préalablement des aiguilles croisées dans le col, cette manœuvre oblige à opérer sur l'utérus des tractions dangereuses.

[1] Voyez page 297.

Le *serre-nœud*, conseillé par quelques chirurgiens, est souvent insuffisant. *L'anse galvanocaustique chauffée au rouge sombre* constitue le meilleur des procédés opératoires[1]. Quelquefois elle est difficile à placer, à cause de l'étroitesse du vagin, du volume et de la forme de la tumeur. Le fil recourbé en anse est porté par les doigts indicateurs, en suivant la paroi antérieure du vagin, jusque dans le cul-de-sac postérieur. Dès que l'anse est convenablement située, on met les deux bouts des fils de platine en rapport avec les tiges du galvanocautère et on les fixe sur un petit treuil qui permet de serrer à volonté. Il ne reste plus qu'à faire passer le courant d'une pile au bichromate de potasse, en ayant soin de ne pas dépasser le rouge sombre. Après l'opération, on cautérise les points qui pourraient fournir du sang.

Schrœder a conseillé[2], dans les cas où les tissus étaient atteints autour de l'utérus, d'isoler les parties envahies par des sutures préalables, et d'enlever ensuite tous les produits morbides. On a même extirpé par la voie vaginale, l'organe utérin en totalité[3].

L'ablation du col peut être également obtenue au moyen des flèches caustiques de chlorure de zinc introduites dans la profondeur des tissus, procédé surtout mis en usage il y a quelques années par M. Maisonneuve. Quelle que soit la méthode employée, on ne se préoccupe peut-être pas assez de l'ensemencement des éléments cancéreux, qui expliquerait, peut-être, cette marche rapide et galoppante que les tentatives opératoires impriment parfois aux tumeurs malignes de l'utérus.

[1] Voyez Labbé, *Annales de Gynécologie*, t. I, p. 165, et Amussat, *Gaz. des hôpit.*, 1875, p. 123.

[2] Schrœder, *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1878.

[3] Voyez Freund, *Centralblatt f. Gyn.*, 1878, n° 12, et Kocks, *Ueber die Totalextirpation des uterus. Vorschlag einer neuen vereinfachten Operations methode. Arch. f. Gyn.*, t. XIV, et *Centralblat f. Gyn.*, 1879, n° 6, p. 138.

Il y a souvent indication de pratiquer des opérations palliatives. C'est ainsi qu'au moyen des cautérisations, on peut arrêter pour quelque temps les hémorrhagies et les écoulements sanieux. Le même résultat sera obtenu, dans d'autres cas, par l'excision de masses plus ou moins pédiculées.

Pendant toute la durée de la maladie, on cherchera en outre à soutenir les forces de la malade par une bonne hygiène, l'administration du quinquina, l'usage de petites quantités de vin généreux.

Cancer du corps de l'utérus.

Anatomie pathologique. — Nous avons vu, qu'en général, le corps utérin était envahi consécutivement au col, mais que, dans quelques cas, le corps était atteint de cancer, le segment cervical ne présentant aucune altération. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence relative de ces deux variétés. Tandis que, d'après les uns, cette proportion serait de 6 pour 100 environ, pour d'autres elle serait beaucoup moindre[1]. Depuis les 44 observations réunies par Pichot, on en a publié 16 nouvelles (selon Gusserow), ce qui porte le total à 60[2]. On voit, d'après ces chiffres, que le cancer limité au corps utérin est une affection rare. Il revêt tantôt la disposition d'une infiltration avec tumeurs et nodosités disséminées, ne se réunissant pas en une seule masse comme les fibromyomes. D'autres fois il se développe plutôt aux dépens de la muqueuse et constitue une tumeur plus ou moins circonscrite, présentant une vague ressem-

[1] Pichot a trouvé la proportion de 6 cancers du corps avec le col indemne, sur [illegible] cas (thèse de doctorat, Paris, 1876). Blau (*loc. cit.*) a observé à peu près le même chiffre, 6 sur 93. Au contraire Courty n'en a rencontré qu'un [illegible] (*loc. cit.*, p. 1012), Fœrster 1 sur 420 (*Scanzoni Beiträge*, t. IV, [illegible] Goldmann 1 sur 900. (*Beiträge der Berlin, geburtsh. Gesellsch.*, [illegible]

[2] [illegible] *loc. cit.*, p. 222.

blance avec certains polypes muqueux du corps. Quelle que soit leur variété anatomique, ces néoplasmes ne tardent pas à s'ulcérer, à dégénérer et à tomber en putrilage. Dans la plupart des cas où l'examen histologique a été fait, il s'agissait de carcinomes[1]. Le seul que nous ayons eu l'occasion d'étudier était un épithéliome à cellules cylindriques.

Symptômes. — La série de symptômes que nous avons décrits pour le cancer du col se rencontre également dans celui du corps, les métrorrhagies, l'écoulement d'un liquide roussâtre et souvent putride. Les douleurs semblent être encore plus intenses et se montrer de meilleure heure dans cette dernière forme. Il en serait de même des accidents péritonitiques. Le museau de tanche présente sa longueur et sa densité normales, à moins que le néoplasme tendant à se pédiculiser gagne le voisinage de l'isthme. Dans ce cas le col peut être effacé et entr'ouvert. L'utérus lourd, le plus souvent fixé, est dur, uniformément volumineux. Dans les périodes avancées, on observe également des signes de cachexie, comme dans les néoplasies cervicales. La marche des tumeurs malignes du corps utérin est en général très rapide.

Diagnostic.—Dans bien des cas, le diagnostic du cancer du corps de l'utérus, la région cervicale restant indemne, n'a été fait qu'à l'autopsie. Surtout au début, il est bien difficile de le distinguer d'avec la métrite, les corps fibreux, ou certains polypes muqueux. Néanmoins la marche des deux affections diffère, les douleurs sont plus accentuées dans les cas de tumeurs malignes, et l'hypertrophie de l'utérus se produit bien plus vite. Un écoulement fétide et séro-sanguinolent s'observe également pour les deux. Cependant un liquide séreux, roussâtre et très odorant, est plutôt un signe de cancer que de corps fibreux dégénéré. La dilatation pour-

[1] Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, p. 123.

rait aider à confirmer le diagnostic; mais cette opération doit être pratiquée avec d'autant plus de précautions, qu'il est rare, dans ces circonstances, de ne pas rencontrer d'adhérences. Dans les périodes avancées, les manifestations de la cachexie cancéreuse viendront faciliter la distinction.

Étiologie. — Le cancer du corps, plus que celui du col, semble se développer chez les femmes âgées. Ainsi nous avons vu que pour ce dernier, le maximum de fréquence était de 40 à 50 ans; pour le premier, ce maximum existerait plutôt entre 50 et 60. L'idée de Schrœder[1], qu'on l'observerait plus souvent chez les nullipares (5 sur 13) n'a pas été confirmée par de nouvelles recherches[2]. En somme, le nombre des cas connus jusqu'à présent est trop restreint pour permettre aucune conclusion étiologique sérieuse.

Traitement. — Le traitement symptomatique que nous avons indiqué dans le chapitre précédent s'applique également au cancer de la cavité du corps utérin. C'est ici surtout que l'extirpation totale de l'utérus, telle qu'elle a été décrite par Freund, pourrait être tentée.

Sarcome de l'utérus.

Anatomie pathologique. — Au point de vue clinique, le sarcome de l'utérus pourrait rentrer dans la catégorie des cancers. On l'a souvent désigné sous le nom de fibromyome récidivant, et c'est surtout dans la littérature étrangère qu'on en trouve des observations détaillées[3]. Il affecte tantôt une forme diffuse, tantôt au contraire il constitue des

[1] Schrœder, *loc. cit.*, p. 280.

[2] Sur trois malades observées par Chiari, toutes les trois avaient accouché dans l'année de leur mort, et le cancer semblait avoir pris naissance sur la plaie placentaire. Chiari, *Wiener med. Jahrbücher*, 1877.

[3] Outre plusieurs travaux sur ce sujet publiés dans les *Archives de Gynécologie allemandes*, voyez les *Thèses de Beermann*, Göttingen, 1876, et de *Rogivue*, Zurich, 1876. Voyez aussi Gaillard Thomas, *Obstetrical Journal*, 1875.

masses plus ou moins isolées. Les deux variétés n'ont rien de bien caractéristique et peuvent se trouver réunies sur le même organe. Ces tumeurs, généralement très vasculaires, molles, fongueuses, végétantes, sont limitées à la cavité du corps. Quelquefois elles font saillie à l'orifice cervical et ressemblent alors à des débris de placenta. Les masses sarcomateuses adhèrent aux tissus sous-jacents par une large base, ou par une partie rétrécie. Dans le second cas, elles ne se pédiculisent jamais d'une façon aussi nette que les polypes fibreux ou muqueux de nature bénigne. Autour de la tumeur principale, on rencontre des nodosités, des petites masses indurées, disséminées sous la muqueuse. La production néoplasique peut gagner le vagin, les tissus et les ganglions voisins et même des organes plus éloignés. L'utérus est augmenté de volume et forme plus tard une véritable tumeur abdominale. Contrairement aux autres variétés de néoplasmes malins, le sarcome envahit beaucoup plus fréquemment le corps que le col de l'utérus. La muqueuse cervicale est rarement atteinte.

On désigne, en histologie, sous le nom de *sarcomes*, des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire dans la phase initiale de son développement, ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour passer à l'état de tissu adulte[1]. Le tissu sarcomateux n'a donc rien de caractéristique et se rencontre dans les inflammations, quelle que soit leur origine. En général, les cellules qui entrent dans sa structure sont plus volumineuses que celles des bourgeons conjonctifs. Cependant, dans quelques inflammations chroniques simples, les éléments subissent un certain degré d'hypertrophie qui les fait ressembler absolument à ceux du sarcome. Ce qui différencie surtout ce dernier d'un produit inflammatoire simple, au point de vue

[1] Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 113.

hologique, c'est que l'un, n'ayant aucune tendance à
er du tissu adulte, pullule et se reproduit sous une
rmes embryonnaires du tissu conjonctif, tandis que
oformations inflammatoires marchent vers une fin
ıte, qui sera tantôt l'élimination, tantôt la constitu-
ıe tissu normal adulte.

sarcome utérin est le plus souvent constitué unique-
par de petites cellules rondes (sarcome encéphaloïde
et Ranvier, tumeur à cellules embryoplastiques de
ı'autres fois par des éléments fusiformes (sarcome
ué de Ranvier, tumeur à cellules fibroplastiques de
et Robin). Ces deux variétés peuvent se rencontrer
nes.

Symptômes. — Le sarcome se manifeste surtout par des **métrorrhagies et un écoulement** séreux roussâtre, souvent **fétide. Les douleurs existent** rarement dès le début et sont **moins vives et plus tardives que** dans le cancer. Les malades **présentent tous les signes communs** aux affections utérines en général, sentiment de pesanteur, de gêne dans le bassin, troubles de la miction et de la défécation, troubles digestifs. Peu à peu le facies des malades s'altère, l'amaigrissement fait des progrès et l'ensemble de la santé se modifie profondément. Les signes fournis par le palper et le toucher varient selon les cas. Tantôt l'utérus est augmenté de volume en totalité, d'autres fois on perçoit une tumeur abdominale fixée à l'utérus, faisant corps avec lui. Sa surface est irrégulière, lobulée, et son volume peut atteindre les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Si le néoplasme présente une disposition polypeuse, le col est entr'ouvert et permet l'introduction du doigt dans la cavité cervicale. L'utérus est allongé, souvent mobile dans les premières périodes[1]. Plus

[1] Il existe plusieurs observations d'inversion d'utérus sarcomateux, explicable peut-être par le ramollissement des parois utérines avoisinant le néoplasme.

tard, fixé, soit par le fait de la propagation du sarcome aux tissus voisins, soit par la production d'adhérences.

Diagnostic. — On peut confondre cliniquement un sarcome avec un fibromyome. Dans les deux cas on observe des métrorrhagies. Mais l'écoulement séreux, roussâtre, souvent fétide, n'existe pas pour les corps fibreux, à moins que ceux-ci ne dégénèrent et ne se putréfient. Les manifestations générales diffèrent également. La pâleur anémique se produisant à la longue sous l'influence des hémorrhagies ne sera pas confondue avec l'état rapidement cachectique des malades atteintes de sarcomes. Si le doigt peut atteindre le néoplasme, la consistance sera dure, résistante, pour l'un, molle, friable pour l'autre[1]. La métrite chronique avec production de granulations est difficile à distinguer d'avec le sarcome au début. Mais l'état général des malades et la marche de l'affection ne tarderont pas à dissiper les doutes. L'utérus atteint de métrite ne subit pas une augmentation de volume aussi considérable et aussi rapide que celle qu'on observerait dans l'autre hypothèse.

Le sarcome ne peut être différencié que difficilement d'avec le cancer du corps de l'utérus. Diagnostic qui n'a du reste pas grande importance, puisqu'au point de vue clinique cette espèce de néoplasme se rapproche beaucoup des autres variétés de cancer. Celui du col sera facile à distinguer. Nous avons vu en effet que les néoplasies de nature sarcomateuse laissaient la muqueuse cervicale presque toujours indemne. Leur présence dans cette région possède donc à elle seule une grande signification.

L'examen histologique permettrait de poser un diagnostic certain. Mais les quelques débris de la tumeur qu'on peut

[1] Cependant la consistance de certains fibromyomes mous, très vasculaires, se rapproche beaucoup de celle du sarcome.

se procurer pendant la vie sont souvent insuffisants pour accomplir cette recherche[1].

Pronostic. — Le pronostic du sarcome utérin est extrêmement grave. Un peu moins cependant que pour les autres produits cancéreux, en ce sens que sa marche est moins rapide, et qu'on le voit quelquefois durer pendant dix ans, avec des intervalles d'amélioration apparente. Il récidive sur place et peut se généraliser, quoique moins souvent et moins vite que le carcinome. On n'a jamais observé jusqu'à présent de guérison radicale du sarcome consécutivement aux opérations. Dans les cas cités comme tels, les malades n'avaient pas été suivies au delà de trois ans, espace de temps trop court pour permettre d'affirmer que le néoplasme ne se reproduira pas.

Étiologie. — Très rare avant la puberté, le sarcome de l'utérus ne semble, pas plus que les diverses variétés de cancer, se développer sur des sujets jeunes, ainsi qu'on l'a observé pour d'autres organes. D'après les diverses statistiques, ce serait entre 40 et 50 ans qu'il aurait son maximum de fréquence[2]. Il paraît se montrer plus ordinairement chez des femmes restées stériles, contrairement au cancer, qui est souvent précédé d'une grande disposition à la fécondité[3].

Plusieurs auteurs ont admis la possibilité pour les fibromyomes de se transformer en sarcomes (fibro-sarcomes).

[1] Wilischanin a décrit un cas de lymphome hémorrhagique de l'utérus chez une femme de 53 ans, qui avait présenté pendant la vie les symptômes du cancer et surtout du sarcome. A l'examen histologique, la tumeur se montrait constituée par un réticulum contenant des éléments lymphatiques. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, p. 164; 1879.)

[2] Sur 62 cas réunis par Gusserow, la maladie s'était développée : 2 fois avant 20 ans, 3 fois de 20 à 29, 14 de 30 à 39, 26 de 40 à 49, 14 de 50 à 60, et 3 fois après 60, dont un cas à 72 ans. (Gusserow, *loc. cit.*, p. 150.) Voyez également à ce sujet la statistique d'Hegar, qui donne des résultats à peu près identiques. (*Der Sarcom des Uterus*, *Arch. f. Gyn.*, t. II, p. 33.)

[3] Sur 63 malades pour lesquels ce détail a été noté, on trouve 25 cas de stérilité. (Gusserow, *loc. cit.*, p. 150.)

On pourrait peut-être par un examen incomplet prendre pour du sarcome un fibromyome enflammé. Mais on a vu également des tumeurs en apparence bénignes, longtemps stationnaires, acquérir tout d'un coup un développement considérable et donner lieu à des accidents rapidement mortels. A quoi a-t-on affaire dans ces cas-là? C'est une question difficile à trancher et qui n'a rien de spécial au sarcome utérin[1].

Traitement. — Si la tumeur est accessible aux instruments, il y a indication de tenter une opération. Quand il existe un point rétréci, le manuel opératoire est le même que pour les polypes fibreux. Dans les cas de sarcome, les hémorrhagies sont beaucoup plus à craindre, ce qui a engagé quelques chirurgiens à ne sectionner qu'après ligature préalable. Contre les tumeurs diffuses, on emploiera la curette. Quel que soit le procédé opératoire mis en usage, la surface de la plaie sera cautérisée avec le perchlorure de fer ou l'acide chromique. Le plus souvent la dilatation de la cavité cervicale est nécessaire pour arriver jusqu'au néoplasme. Manœuvre qui expose d'autant plus à des accidents péritonitiques consécutifs, que l'utérus est ordinairement fixé.

Cependant l'intervention chirurgicale a paru avoir des conséquences favorables, diminuer les métrorrhagies et prolonger la vie des malades[2]. Elle sera surtout indiquée, si l'utérus est encore mobile[3]. Les injections intra-utérines ne

[1] Voyez, à propos de la dégénérescence sarcomateuse de certains fibromes (fibro-sarcomes), Malassez, *Bulletins de la Société anatomique*, 1871, 5e série, VIe volume, p. 91.

[2] Dans un cas de Winckel, 3 ans après l'opération, il n'y avait pas eu encore de récidive. *Arch. f. Gyn.*, t. III, p. 300.

[3] C'est dans les cas de cancer et surtout de sarcome que Freund a conseillé l'ablation totale de l'utérus par un procédé qu'il serait trop long de décrire ici dans tous ses détails, et qui lui a donné des succès (3 guérisons sur 5 opérées). *Zu meiner Methode der totalen Uterus-Extirpation* (*Centralblatt f. Gyn.*, 1878, p. 265), et *Sechs Fälle von Extirpation des Uterus nach Freund*, von Bruntzel, *Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XIV, p. 245.

sont pas dépourvues de danger dans ces circonstances. C'est souvent au traitement palliatif qu'on est réduit. Et alors celui-ci ne diffère en rien de ce que nous avons indiqué à propos du cancer utérin.

Kystes de l'utérus.

En dehors des fibromyomes kystiques, les kystes sont très rares dans le tissu utérin lui-même. On en a cependant publié quelques cas, considérés, avec raison, comme des curiosités anatomo-pathologiques. On a observé également dans l'utérus des kystes dermoïdes contenant des cheveux et des dents. Nous avons vu quelquefois des tumeurs kystiques de l'ovaire se généraliser du côté de l'utérus ; mais dans ces conditions les lésions secondaires sont insignifiantes relativement à l'importance de l'affection primitive de l'ovaire.

Les kystes circum-utérins sont le plus souvent dus à de la sérosité contenue dans des amas de fausses membranes. Ceux du col ont été déjà décrits à propos de la métrite (œufs de Naboth) ou des polypes muqueux.

Les kystes hydatiques peuvent exister dans l'utérus. On en a constaté des cas probants, où le liquide contenait des têtes ou des crochets d'échinocoques[1]. Les hydatides utérines des anciens auteurs sont presque toujours des môles hydatiformes, histologiquement des *myxomes*.

Tubercules de l'utérus.

Anatomie pathologique. — Les lésions tuberculeuses se rencontrent beaucoup plus rarement sur l'utérus que sur les organes génito-urinaires de l'homme. Elles n'ont, du reste, qu'une importance clinique très minime, au moins

[1] Graily Hewitt, *Hydatids of the uterus* (*Obstetric. transact.*, London, 1871), Anal. dans le *Jahresbericht*, 1872, t. II, p. 559.

dans l'état actuel de nos connaissances. Les tubercules utérins, extraordinairement rares comme manifestation primitive de la diathèse, sont presque toujours secondaires. On les observe dans la proportion d'un cas sur quarante, environ.

Les altérations consistent quelquefois en pertes de substance limitées à certains points de la muqueuse. Ou bien celle-ci est dégénérée dans toute son étendue et la cavité utérine est remplie d'une bouillie caséeuse. On y observe des granulations semi-transparentes au début, plus tard jaunes et opaques à leur centre, qui forment des plaques plus ou moins étendues[1]. Elles siègent de préférence sur la paroi postérieure. Leur point de départ initial est le tissu conjonctif sous-épithélial. Les parois utérines peuvent être atteintes dans toute leur épaisseur, au point de donner lieu à des ruptures, sous l'influence de la grossesse et même à l'état de vacuité[2]. Ces lésions sont généralement limitées à la cavité du corps et ne dépassent pas l'orifice interne[3]. Elles s'observent rarement sur le col[4], qui présente lui-même souvent des ulcérations simples chez les tuberculeuses[5]. Quand l'utérus contient des tubercules, des altérations de même nature existent ordinairement sur d'autres points des organes génitaux, principalement du côté des trompes, moins fréquemment sur le vagin et encore moins dans les ovaires.

Symptômes, diagnostic. — On a signalé comme signes de phthisie utérine l'aménorrhée, la purulence du liquide qui s'écoule par la vulve, la présence dans le mucus du col de

[1] Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 1146.

[2] Barnes, *loc. cit.*, p. 682.

[3] Lebert, *Arch. f. Gyn.*, t. IV, p. 457.

[4] Voyez Brouardel, *Tuberculisation des organes génitaux de la femme* (thèse de doctorat, 1865), p. 50, et Cornil, *Société médicale des hôpitaux*, 1879.

[5] Nous nous sommes déjà occupés de cette question à propos des ulcérations du col utérin. Voyez page 382.

grumeaux jaunâtres, opaques, semi-solides. Tous ces symptômes s'observent si fréquemment chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, en dehors de toute lésion spécifique de l'utérus, qu'on ne doit pas y attacher une grande importance[1]. Les accidents du côté du bassin sont plutôt en rapport avec la péritonite tuberculeuse, dont la distinction d'avec les tubercules de l'utérus est bien difficile, presque impossible à établir cliniquement.

Le *pronostic* et l'*étiologie* sont les mêmes que pour la diathèse tuberculeuse en général. D'après Barnes[2] la phthisie utérine serait très rare avant la puberté. Nous en avons cependant observé des cas chez de jeunes enfants.

Traitement. — Le traitement ne sera guère que palliatif. La nature et le degré des lésions indiqueront les moyens auxquels on doit s'adresser de préférence, moyens qui ne diffèrent pas de ceux employés contre l'affection pulmonaire de même nature. On a conseillé, si l'écoulement était trop abondant, de dilater le col et de badigeonner la surface interne de l'utérus avec la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide nitrique, ou d'introduire tous les trois ou quatre jours une pommade iodée[3]. La pelvipéritonite, si fréquente dans ces cas, nous paraît contre-indiquer la dilatation. Il vaut mieux se contenter de faire quelques injections vaginales désinfectantes avec le permanganate de potasse[4], surtout s'il existe de la fétidité des liquides.

[1] Dans la tuberculose en général l'aménorrhée est fréquente, les métrorrhagies au contraire sont exceptionnelles.

[2] *Loc. cit.*, p. 681.

[3] Barnes, *loc. cit.*, p. 685.

[4] Voyez la formule de ces injections à la page 459.

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS

L'utérus peut subir une série de modifications dans sa situation et ses rapports, portant tantôt sur la totalité, tantôt sur un des segments seulement de l'organe. Les changements qui se produisent suivant les plans verticaux sont désignés sous le nom de *déviations*. Ceux qui sont en rapport avec les plans horizontaux sont appelés *élévation*, *abaissement* ou *prolapsus*, *inversion*, selon que l'utérus est plus élevé, ou plus abaissé, en totalité ou en partie, que dans l'état physiologique. Nous étudierons successivement ces divers déplacements.

Déviations de l'utérus.

On dit qu'il y a *déviation de l'utérus*, toutes les fois que l'un ou plusieurs de ses axes ne présentent plus leur direction normale.

Chez la femme saine, l'organe utérin est mobile autour d'un axe fictif, représenté par l'insertion du vagin sur le col, par les ligaments utéro-sacrés, et par l'union intime qui existe entre la vessie et la partie antéro-supérieure du segment cervical. Ses moyens de suspension et de fixation lui permettent de suivre en partie les mouvements du corps, selon la position du sujet. Les ligaments ronds attirent le fond de l'utérus en avant. Les ligaments utéro-sacrés ont une action inverse sur le col, qu'ils portent en arrière. Enfin, les ligaments larges le maintiennent au centre de la cavité pelvienne, à l'abri du contact des plans résistants et des réservoirs qui l'avoisinent. Les parties molles qui entrent dans la structure du bassin ont également une action indirecte sur la situation de l'utérus, en comprimant et soute-

nant une part du poids des organes abdominaux, comme le prouve l'influence qu'exercent le relâchement du vagin et la déchirure du périnée.

On a nié l'action du vagin en se basant sur l'expérience de Hol, qui, ayant enlevé sur un cadavre suspendu verticalement le vagin et le périnée, constata que cette opération n'influait en rien sur la situation de l'utérus. Mais une expérience faite ainsi sur un cadavre en état de rigidité, dont les propriétés des tissus sont déjà profondément modifiées, ne prouve pas grand'chose relativement à ce qui se passe chez la femme vivante. Il est certain, qu'à la longue, l'action du vagin se fait sentir, ainsi que nous le verrons à propos du prolapsus utérin.

A l'état normal, surtout chez la femme nullipare, l'utérus présente un léger degré d'antécourbure, vestige de la vie fœtale, uni à un peu d'antéversion. Sa situation change, du reste, avec l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum. L'influence de la vessie est bien plus considérable que celle du rectum, qui n'a d'action que s'il est très distendu. Toutes ces conditions doivent être présentes à l'esprit, quand on veut s'assurer de la situation de l'organe utérin. Aussi est-il toujours utile, dans ces cas, de pratiquer le toucher alternativement la femme étant debout et couchée.

Anatomie pathologique. — L'utérus peut être dévié dans le sens antéro-postérieur ou latéralement. Quand l'organe est dévié en totalité, on dit qu'il y a *version*. Quand le corps seul est modifié dans sa situation, le col conservant son axe normal, on dit qu'il y a *flexion*. C'est la situation du corps utérin qui sert à dénommer les diverses variétés de flexions et de versions.

Il ne faudrait pas confondre l'antécourbure, existant normalement quand la vessie est vide, avec l'*antéflexion* patho-

logique (fig. 106), où le corps et le col forment un angle

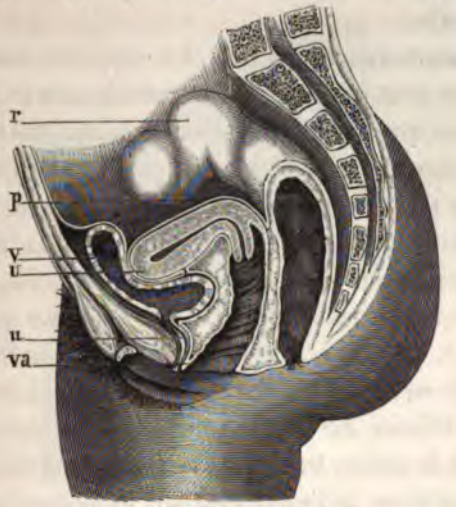


Fig. 106. — Utérus en antéflexion.

U. Utérus. — V. Vessie. — u. Urèthre. — r. Rectum. — va. Vagin. — p. Péritoine.

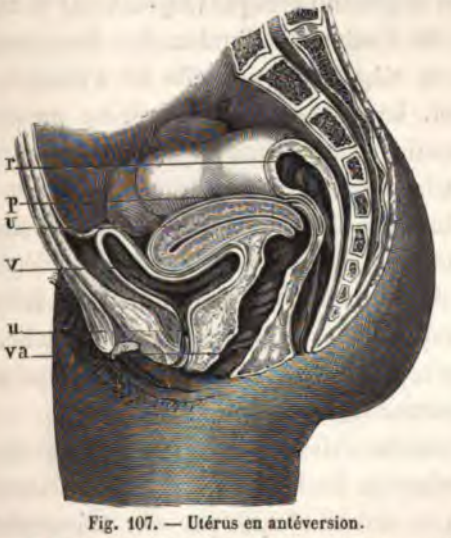


Fig. 107. — Utérus en antéversion.

U. Utérus. — V. Vessie. — u. Urèthre. — r. Rectum. — va. Vagin. — p. Péritoine.

plus ou moins aigu ouvert en avant. Le fond de l'utérus est

situé en avant, le segment cervical ayant conservé sa position normale.

Dans l'*antéversion* (fig. 107), les rapports entre le col et le corps ne sont pas modifiés et constituent le léger degré de courbure que nous avons signalé comme existant chez la femme saine. Le corps utérin est porté antérieurement, et l'orifice du museau de tanche regarde tout à fait en arrière, vers la paroi postérieure du vagin. Dans la *rétroflexion* (fig. 108), l'angle formé par les deux segments est ouvert en arrière, le segment cervical ayant conservé sa direction, tandis que, dans la *rétroversion* (fig. 109), le fond de l'organe porté en arrière fait saillie dans le cul-de-sac postérieur, l'extrémité du museau de tanche étant au contraire située sous le pubis. Dans les cas de flexions très accusées, le bord supérieur de l'utérus est sur le même plan horizontal que l'extrémité du col.

La flexion se produit presque toujours sur le même point, au niveau de l'isthme, à l'union des deux segments. En dehors de ce siège d'élection elle ne s'observe qu'à titre exceptionnel. Les tissus de cette région présentent alors des modifications de texture déjà appréciables à l'œil nu par une teinte jaunâtre qui tranche sur la coloration rouge ou bleuâtre du parenchyme circonvoisin. Dans ces cas, l'examen histologique nous montre une dégénérescence graisseuse des éléments, une diminution des faisceaux musculaires remplacés par du tissu conjonctif lâche. La flexion peut exister cependant, sans que le microscope permette de constater aucune modification de texture.

Quelques anatomistes ont fait jouer un rôle considérable, dans la production des flexions, à une veine circulaire qu'on rencontre à ce niveau et qui, par son augmentation de volume pendant la grossesse, diminuerait sur ce point l'épaisseur et par conséquent la résistance des tissus.

On a décrit comme lésions tenant aux déplacements cer-

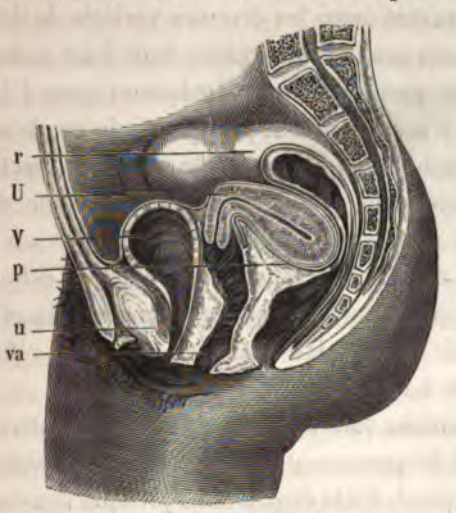


Fig. 108. — Utérus en rétroflexion.

U. Utérus. — V. Vessie. — u. Urèthre. — r. Rectum. — va. Vagin. — p. Péritoine.

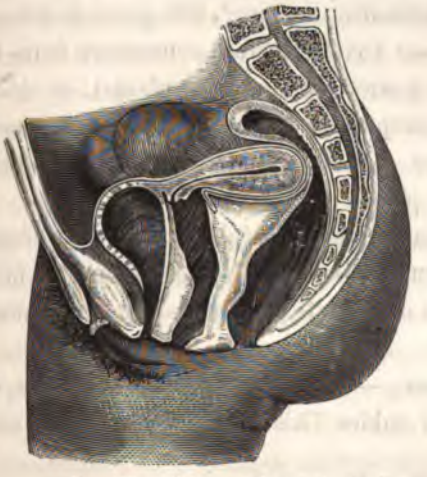


Fig. 109. — Utérus en rétroversion.

taines complications, telles que la métrite, probablement consécutive aux troubles circulatoires. Les inflammations

circum-utérines, et les adhérences qui en résultent, accompagnent souvent aussi les diverses variétés de déviations, et ont une assez grande importance dans leur pathogénie. Les versions se produisent principalement quand l'utérus est induré, et s'accompagnent presque toujours de métrite. On observe quelquefois, sous l'influence des tractions continues occasionnées par la situation anormale de l'organe utérin, un allongement secondaire de l'une ou l'autre des lèvres du museau de tanche dont l'orifice est entr'ouvert. Des cas de gangrène et de perforation du vagin et du rectum résultant de la pression opérée par l'utérus rétrofléchi ont été signalés à titre de raretés anatomiques[1].

Les *déviations latérales*, surtout la *latéro-version*, se rencontrent si fréquemment, qu'on peut les considérer comme physiologiques[2]. Cette disposition, presque constante chez le nouveau-né, est en rapport avec la diminution de longueur du ligament rond et du ligament ovarien correspondant au côté de l'inclinaison utérine[3]. Elle persiste très souvent chez l'adulte (nous l'avons surtout rencontrée dans les autopsies de femmes jeunes et vierges d'enfants), et diminue par le fait du développement génital. Ces déviations latérales ne donnant lieu à aucun accident, nous n'aurons pas à nous en occuper plus longuement.

Toutes les variétés de déplacements déjà décrites peuvent s'associer entre elles de diverses façons, et faire subir de nombreuses modifications aux cas types que nous avons étudiés.

Symptômes. — Nous avons vu[4], à propos des diverses phases qu'a subies l'histoire des déviations, que certaines

[1] Klob, *loc. cit.*, p. 69.

[2] Sur 229 observations, Bernutz l'a constatée 62 fois. (Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 536.)

[3] Lorain, cité par Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 537.

[4] Voyez page 378.

écoles leur avaient attribué la plupart des symptômes morbides dépendant des affections de l'utérus. Plus tard, on réagit contre cette exagération, et l'importance des divers déplacements fut reléguée au dernier plan. Encore aujourd'hui, la question de savoir si les versions et les flexions peuvent donner lieu, par elles-mêmes, à des troubles pathologiques est résolue dans un sens différent selon les auteurs, les uns soutenant l'affirmative, d'autres admettant au contraire que les manifestations pathologiques qui accompagnent si souvent les déviations sont uniquement dues à des complications.

Il est hors de doute qu'un grand nombre de femmes atteintes de déplacements utérins ne présentent aucun accident, et jouissent de tous les attributs d'une bonne santé. Dans la majorité des cas, ces dispositions anatomiques n'ont pas de symptômes qui leur soient propres, et ne deviennent cause de troubles quelconques, que lorsqu'elles se compliquent d'autres lésions de l'utérus ou de ses annexes. Cependant certaines malades présentent toute une série de phénomènes douloureux et de manifestations morbides, qu'on ne peut attribuer qu'à la déviation, et qui disparaissent immédiatement par l'usage d'un pessaire approprié. On doit aussi faire entrer en ligne de compte le milieu social et l'état du système nerveux des sujets observés. On voit souvent une même lésion passer inaperçue pour les unes, tandis qu'elle sera le point de départ de souffrances multiples pour d'autres[1]. En outre, les déviations semblent constituer une prédisposition à des affections utérines différentes.

Parmi les symptômes qui accompagnent les déplacements,

[1] Ces différences de sensibilité individuelle ne s'observent pas seulement chez l'homme, et se rencontrent également chez d'autres espèces animales. Des faits de ce genre ont été constatés pour le chien par tous les physiologistes.

les uns sont communs à toutes les variétés anatomiques, tels que les douleurs dans les régions lombaire et rénale, dans les membres inférieurs. D'autres se montrent plus spécialement dans certaines formes.

L'*antéflexion*, si elle est très prononcée, donne lieu à des troubles dysménorrhéiques. Les malades sont prises, au moment des règles, de violentes douleurs qui disparaissent après la cessation de l'écoulement menstruel. On a voulu donner à ces douleurs une origine tout à fait mécanique due au rétrécissement causé par la flexion. Quelques gynécologistes s'étant assurés cependant, au moyen de l'hystérométrie, qu'en pareil cas les divers orifices étaient facilement perméables, ont mis principalement ces troubles de la sensibilité sur le compte d'inflammations circumutérines plus ou moins anciennes[1]. A la longue il peut se développer de la métrite, et les douleurs s'observent alors même dans l'espace intermenstruel et s'accompagnent de métrorrhagies ou d'écoulements mucopurulents. La stérilité, sans être constante, est une conséquence fréquente de l'antéflexion. Cette situation anormale de l'utérus entraîne également des accidents du côté de la miction. Les femmes éprouvent de continuels besoins d'uriner, allant néanmoins rarement jusqu'à l'incontinence.

La *rétroflexion* est moins souvent cause de stérilité et de dysménorrhée. Cette différence est en rapport avec la rareté de la rétroflexion chez les nullipares. Les troubles urinaires sont également moins accentués, excepté dans la rétroflexion de l'utérus gravide. Cette variété de déviation, chez la femme à l'état de vacuité, donne lieu surtout à des douleurs plus accusées dans la région rénale, et dispose davantage aux métrorrhagies. On a cité des cas de paralysies consécu-

[1] Schultze, *Ueber die pathologische Anteflexion der Gebärmutter und die Parametritis posterior.* (*Arch. f. gyn.*, 1875, t. VIII, p. 134.)

tives à une rétroflexion utérine. Dans beaucoup de ces observations où les modifications de la motilité s'accompagnaient de contractures, on avait probablement affaire à des accidents hystériques. On pourrait peut-être donner la même interprétation à ces faits de guérison d'accidents respiratoires très accusés, disparaissant par le seul replacement de l'utérus (Chrobak).

L'*antéversion* serait, d'après M. Bernutz, la plus fréquente et en même temps la plus insignifiante des déviations, au point de vue des symptômes morbides[1]. Schrœder la considère comme étant souvent en rapport avec la métrite, dont elle présente alors la symptomatologie[2].

La *rétroversion* non compliquée ne donne ordinairement lieu à aucun phénomène pathologique. Ceux qui se produisent quelquefois sous cette influence sont à peu près les mêmes que pour la rétroflexion. La métrite, qui l'accompagne dans un grand nombre de cas, domine la symptomatologie, de même que pour l'antéversion.

Les troubles de la santé que nous venons d'énumérer, comme pouvant être la conséquence des diverses variétés de déviations, disparaissent souvent au moment de la ménopause. Chez les vieilles femmes, consécutivement aux flexions, on observe des oblitérations pouvant donner lieu à de l'hydromètre.

Un degré extrême de mobilité de l'organe utérin accom-

[1] Sur 14 malades présentant une antéversion très manifeste observées par M. Bernutz, 11 n'avaient jamais ressenti aucun trouble fonctionnel, aucun trouble de la menstruation. Les trois autres éprouvaient des douleurs qu'on aurait pu attribuer à la déviation ; mais sur ces trois, deux étaient atteintes de pelvipéritonites. Chez la troisième, l'antéversion existait à son entrée à l'hôpital et ce n'est que lorsqu'une blennorrhagie se fut propagée au col et de là à la muqueuse utérine, que cette malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre, dans les aines et dans les reins, douleurs qui disparurent en même temps que la blennorrhagie, bien que l'antéversion ne fût aucunement modifiée. (Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 475.)

[2] Schrœder, *loc. cit.*, p. 161.

pagne quelquefois les flexions, quand les ligaments et les tissus ambiants ont perdu leur consistance normale et sont devenus moins résistants. Cette mobilité exagérée existe aussi en l'absence d'autres lésions, et peut suffire pour amener des symptômes morbides, tels que douleurs lombaires et rénales, modifications de la fonction urinaire, troubles nerveux généraux. Cet état, qu'il ne faudrait pas confondre avec une métrite, est facile à constater. Au moyen de mouvements en divers sens communiqués à l'utérus par le doigt introduit dans le vagin, on s'assure de cet excès de mobilité et de ce que *la pression sur le museau de tanche n'est nullement douloureuse*. Un pessaire à anneau suffit alors pour faire disparaître tous les accidents.

Diagnostic. — Au moyen du palper combiné au toucher vaginal et rectal, la femme étant examinée alternativement debout et couchée, on arrive, en général, assez facilement à faire le diagnostic des déviations utérines. Selon la situation du corps et du col, selon que l'angle qu'ils forment sera ouvert en avant ou en arrière, on saura à quelle variété on a affaire. Il ne faudrait pas confondre l'antécourbure observée chez la femme saine, la vessie étant vide, avec une antéflexion pathologique, qui persiste malgré la distension du réservoir urinaire[1]. Le diagnostic de l'antéflexion est d'autant plus facile, que les productions néoplasiques, quelle que soit leur nature, sont rarement situées en avant.

La rétroflexion pourrait plus aisément donner lieu à des erreurs de diagnostic et être confondue avec une pelvipéritonite ancienne, un corps fibreux ou un petit kyste ovarique logés dans le cul-de-sac postérieur. Dans la rétroflexion la tumeur est résistante, élastique, se continuant avec le col,

[1] Schultze, *loc. cit.*, p. 137.

et formant avec lui au point de flexion, un angle, qu'un examen attentif permet le plus souvent de percevoir. En outre, le fond de l'utérus ne se rencontre plus à la place qu'il doit occuper normalement. On a conseillé, dans ces cas, d'assurer son diagnostic par l'emploi de l'hystéromètre. Dans les déviations, cet instrument demande à être manié avec encore plus de prudence qu'à l'ordinaire, et son usage peut présenter des dangers. On ne doit donc s'en servir qu'exceptionnellement.

Rétroflexion de l'utérus gravide[1].— Quoique ce qui touche aux accidents de la gestation sorte de notre cadre, nous avons cru devoir parler de la rétroflexion compliquée de grossesse, à cause des graves erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu. Ordinairement l'utérus gravide en se développant remonte au-dessus du détroit supérieur sans amener aucun accident, sans même que la femme s'en doute. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement, et sous l'influence de la rétroflexion, on voit se produire un avortement au début du quatrième mois. Ou bien l'organe chargé du produit de conception reste enclavé dans le petit bassin donnant alors lieu à des accidents sérieux, représentés surtout par des troubles urinaires. La miction, accomplie goutte à goutte, s'accompagne de douleurs vives. On peut également observer une rétention d'urine plus ou moins complète, et consécutivement une dilatation des uretères, de l'hydronéphrose, se terminant par des accidents urémiques. Dans d'autres cas, la mort arrive par gangrène ou par rupture de la vessie amenant une infiltration urineuse ou une péritonite suraiguë. En même temps il existe une constipation opiniâtre, quel-

[1] On désigne plus généralement cette disposition de l'utérus gravide sous le nom de rétroversion; mais celle-ci est presque toujours liée, dans ces circonstances, à un certain degré de rétroflexion.

quefois absolue, qui va même jusqu'à causer des vomissements et tous les symptômes de l'ileus.

La rétroflexion de l'utérus gravide se reconnaît presque à la seule inspection. La forme du ventre a une apparence particulière due à la vessie distendue remontant jusqu'à l'ombilic, et dessinant une saillie brusque et non graduelle. La tumeur ainsi formée, douloureuse à la pression, fluctuante, ou dure et non fluctuante dans les cas de distension extrême, fait saillie dans le vagin. Le cathétérisme, souvent difficile à cause du déplacement de la vessie, sera tenté avec une sonde d'homme. Le col utérin, situé sous le pubis, est quelquefois impossible à atteindre par le toucher.

On peut confondre la rétroflexion de l'utérus gravide avec l'hématocèle, la grossesse extra-utérine, une tumeur ovarique ou un corps fibreux enclavé. La sensibilité de l'abdomen oblige quelquefois à anesthésier les malades pour compléter un diagnostic, d'autant plus important dans ce cas, que de lui dépend le choix de l'intervention thérapeutique, et par conséquent la vie de la mère et de l'enfant.

Pronostic. — Les déviations utérines, à l'état de vacuité, n'entraînent pas la mort par elles-mêmes. Cependant elles présentent une certaine gravité, et par leur longue durée, et par les complications auxquelles elles donnent lieu.

Les versions guérissent ordinairement avec les lésions inflammatoires qui les accompagnent le plus souvent. L'antéflexion disparaît fréquemment sous la seule influence d'une grossesse. La rétroflexion est la plus grave de toutes, et la guérison, rarement spontanée, est presque toujours difficile à obtenir. Ce sont surtout les déviations produites brusquement, sous l'influence d'une chute ou d'un effort, qui donnent lieu à des symptômes morbides. Cependant toutes les variétés peuvent exister sans se manifester par aucun trouble douloureux. Mais elles exposent les femmes qui en

sont atteintes aux complications de la métrite, et deviennent quelquefois une cause de stérilité.

Étiologie. — On divise les déviations utérines, au point de vue étiologique, en *congénitales* et *acquises*. Cette distinction est difficile à établir dans la pratique, et on prend facilement pour des cas d'origine congénitale, ceux qui résultent d'adhérences consécutives à une pelvipéritonite post-matrimoniale. Les adhérences sont tantôt primitives, tantôt secondaires, c'est-à-dire sont la cause ou le résultat de la situation vicieuse de l'utérus.

L'étiologie des flexions est la plupart du temps la même que celle de la métrite chronique, ce qui nous explique pourquoi ces deux affections sont si souvent associées. C'est principalement chez les femmes de 30 à 35, ans qu'on les rencontre. Scanzoni attache une certaine importance aux mariages trop précoces [1]. Les grossesses répétées ou les avortements fréquents et mal soignés en sont ordinairement le point de départ. Après l'accouchement le tissu utérin est ramolli, d'où la facilité de voir se développer des flexions, sous l'influence de la pression abdominale. Cette cause agit en sens inverse selon que la vessie est pleine ou vide, le fond de l'utérus étant porté en arrière dans le premier cas, en avant dans le second. Si les tissus sont normaux ou indurés, on aura une version; s'ils sont ramollis, au contraire, la flexion se produira de préférence.

On observe plus fréquemment les déviations utérines chez les femmes qui n'ont pas allaité. Chez elles, en effet, l'utérus revient moins vite à ses dimensions normales après l'accouchement que pour celles qui nourrissent [2]. Les corps

[1] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 72.

[2] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 74. — Nous verrons à propos de l'allaitement que tous les auteurs ne s'accordent pas sur le mode d'action exercée par l'excitation mammaire sur l'organe utérin.

fibreux, selon leur situation, entraîneront l'antéflexion ou la rétroflexion, et plutôt la dernière à cause de leur siège de prédilection sur la paroi postérieure. L'antéflexion coïncide quelquefois avec un développement incomplet de l'utérus. On l'observe de préférence chez les nullipares, ainsi que l'antéversion. Toutes deux sont amenées par les mêmes causes, selon les modifications subies par les tissus.

Les déviations en arrière (rétroflexion et rétroversion) sont rares chez les nullipares[1]. Elles se produisent plus souvent que les autres, subitement, sous l'influence d'un accident, d'une chute ou d'un effort exagéré. Les adhérences ont également une part plus grande dans leur origine, rarement congénitale[2]. M. Bernutz considère la rétroversion comme presque constamment symptomatique. Si on lui a accordé une importance plus grande qu'à l'antéversion, c'est qu'elle survient plus souvent très peu de temps après l'accouchement, s'accompagne presque toujours d'abaissement et d'un certain degré de métrite.

Traitement. — Quand on a constaté une déviation utérine, il faut avant tout rechercher les complications, la métrite surtout, et les traiter par les divers moyens que nous avons signalés[3]. Souvent, chez les femmes chlorotiques, tous les tissus sont ramollis, le tissu fibro-musculaire utérin comme les autres. Dans ces conditions, les déviations peuvent guérir sous la seule influence d'un traitement général, dont les bains simples, les bains de mer, l'hydrothérapie, la gymnastique, feront la base. On associera à ces diverses pratiques l'usage à l'intérieur des préparations ferrugineuses et de l'ergot de seigle à petites doses. Contre les phéno-

[1] Sur 115 femmes nullipares, M. Bernutz n'a rencontré que 7 cas de rétroversion, dont un consécutif à un polype, et les deux autres à une pelvipéritonite. (*Loc. cit.*, t. II, p. 528.)

[2] Voyez Grenzer, *Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 158.

[3] Voyez page 367.

mènes douloureux, surtout au moment des règles, on ordonnera des lavements opiacés, et des frictions avec les liniments ou pommades dont nous avons déjà indiqué quelques formules[1].

Le plus ordinairement la médication générale est insuffisante et on est forcé de recourir au traitement local, consistant à réduire l'organe déplacé et à le maintenir réduit au moyen de tampons ou de pessaires. Avant de tenter la réduction, il faut toujours s'assurer qu'il n'existe pas d'adhérences. Les manœuvres se feront avec les doigts, plutôt qu'avec les divers instruments, hystéromètres ou redresseurs.

Dans *l'antéflexion*, la malade doit être placée dans le décubitus dorsal. La réduction sera obtenue au moyen de deux doigts introduits dans le vagin en arrière du col, ceux de l'autre main enfoncés derrière la symphise pubienne, repoussant le corps de l'utérus en arrière, à travers les parois abdominales.

Pour la *rétroflexion* on peut avoir recours à deux procédés. Pour faire usage du premier, la position dans le décubitus latéral gauche est préférable. Le chirurgien, situé en arrière, cherche à réduire avec deux doigts dans le vagin, leur face dorsale regardant l'utérus et leur face palmaire le rectum. On peut ainsi, en prenant un point d'appui sur la commissure postérieure de la vulve, faire basculer le corps utérin. Si on choisit le second procédé, on fait mettre la femme sur les coudes et les genoux, en lui recommandant de respirer largement. Deux doigts de la main gauche sont introduits dans le rectum, leur face dorsale regardant le sacrum, et deux doigts de la main droite dans le vagin, leur face dorsale tournée vers le pubis. Au

[1] Voyez page 322.

moyen de pressions ainsi combinées en sens inverse, on arrive à réduire. Il faut avoir soin de faire porter le sens des pressions dans une direction latérale, de façon que le fond de l'utérus regarde l'articulation sacro-iliaque d'un côté, le col étant dirigé vers la cavité cotyloïde du côté opposé.

Dans les versions, surtout les rétroversions, les émissions sanguines locales feront quelquefois disparaître les accidents, même les métrorrhagies, à cause de la fréquence de la métrite concomitante. En tout cas, les versions se prêtent rarement à une réduction immédiate, l'utérus étant fixé par des adhérences dans la situation vicieuse qu'il occupe. Dans ces circonstances, on peut essayer de la réduction lente, au moyen d'un ballon en caoutchouc glissé dans le rectum avec un mandrin, ensuite gonflé par le même procédé que pour les pessaires Gariel. En même temps, deux doigts introduits dans le vagin aideront, lentement et sans violence, l'action du pessaire. Grâce à ces tentatives fréquemment répétées on est parvenu à réduire des rétroflexions compliquées d'adhérences [1].

Quand on a réussi à replacer l'organe dévié, celui-ci se maintient quelquefois de lui-même dans sa situation normale. Plus souvent, cependant, la position favorable ne sera conservée qu'au moyen d'un pessaire. Les *pessaires* peuvent être destinés à séjourner dans la cavité vaginale et on les appelle *pessaires vaginaux*, ou dans la cavité utérine elle-même, et on les désigne alors sous le nom de *pessaires intra-utérins*. Nous nous occuperons d'abord des premiers.

Avant d'introduire un pessaire, quelle que soit sa forme, il faut s'assurer que l'utérus n'est pas douloureux, et que les culs-de-sac sont libres. Les tampons d'ouate imbibés de gly-

[1] Favrot, *Bullet. de l'Acad. de médecine*, 1851.

cérine phéniquée suffisent quelquefois à remplir le rôle de pessaire. Il est préférable d'employer à cet usage du coton non déplissé, ainsi que l'indique Sims[1]. Dans la majorité des cas il faut avoir recours à des appareils plus résistants, et dont on a construit un grand nombre de modèles. Certains de ces pessaires sont indiqués, de préférence, dans telle ou telle variété de déviation. Ceux de Hodges ou de Smith (fig. 110), dans les rétroversions, de Gaillard-Thomas, de

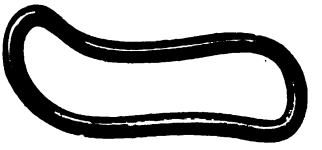


Fig. 110. — Pessaire de Smith.

Graily Hewitt, pour l'antéversion. Celui de Fowler (fig. 111

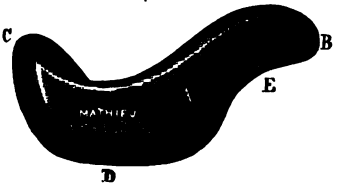


Fig. 111. — Pessaire de Fowler (vu de profil).

A. Corps du pessaire. — BC. Branches destinées à être placées dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. — D. Partie inférieure du pessaire.

et 112) peut servir pour les deux, selon qu'on place la

Fig. 112. — Pessaire de Fowler (vu de face).

B. Partie antérieure. — C. Partie postérieure. — D. Trou dans lequel le col est reçu. — E. Orifice dans lequel on peut introduire le doigt pour placer le pessaire.

portion la plus longue de l'appareil en avant ou en arrière.

[1] Sims, *loc. cit.*, p. 328.

Sims conseille de faire usage d'anneaux malléables en étain ou en gutta-percha, ce qui permet de les bien adapter à

Fig. 113. — Pessaire de Sims.

chaque cas. Ce gynécologiste emploie également un modèle en aluminium, dont les courbures sont très-avantageuses (fig. 113).

Ces divers pessaires doivent être introduits avec deux doigts, verticalement, dans l'axe de la vulve. Quand l'orifice vulvo-vaginal est franchi, on fait basculer l'anneau à l'aide de ces deux doigts, de façon à ce que la branche postérieure passe en arrière du col aussi haut que possible, la branche antérieure appuyant contre la face postérieure du pubis, assez haut également pour ne pas risquer de comprimer l'urèthre.

L'anneau en caoutchouc de Dumont-Pallier (fig. 114) nous

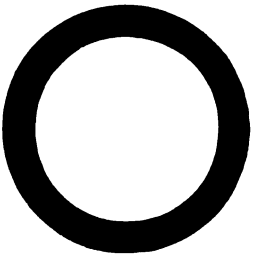


Fig. 114. — Pessaire anneau de Dumont-Pallier (vu de face).

a souvent donné de bons résultats. Il présente, en outre, l'avantage d'être d'un prix facile à aborder pour les classes peu aisées[1]. On le place, après lui avoir donné une forme

[1] Il y a plusieurs numéros du pessaire Dumont-Pallier. On cherchera à adapter à chaque cas celui qui lui convient; mais pour la majorité des femmes ayant eu des enfants, c'est le n° 4 que nous employons.

allongée d'avant en arrière (fig. 115), en le disposant horizontalement ensuite de façon à ce qu'il porte dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. C'est, en effet, par l'intermédiaire des parois vaginales qu'il agit sur l'utérus. Il faut

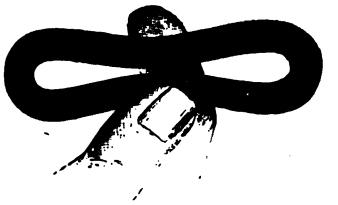


Fig. 115. — Pessaire anneau de Dumont-Pallier, comprimé en côtés pour être introduit.

s'assurer que le col est bien au centre de l'anneau, et qu'un repli de la muqueuse du vagin ne se trouve pas comprimé entre le segment cervical et le bord interne de la circonférence. Nous avons vu des malades soulagées immédiatement après l'application d'un appareil de ce genre[1]. Pour s'assurer de l'effet produit, il est bon de faire marcher la femme pendant quelques instants. Il faut être bien prévenu de ce fait, que certains sujets ne supportent le séjour d'aucun pessaire, pas même des tampons d'ouate[2]. En outre, ces moyens contentifs peuvent être la cause d'accidents graves, dont il est bon de tenir compte. On les a vus donner lieu à des phlegmons du ligament large, à des abcès de la fosse iliaque suivis de mort[3]. Après un séjour prolongé, ils s'incrustent de sels calcaires, et, par l'irritation qu'ils amènent, sont quelquefois le point de départ de fistules vésico-vaginales[4]. Dans d'autres circonstances, l'inflammation produit des adhérences et des brides fibreuses qui enveloppent l'an-

[1] Voyez les observations de Dumont-Pallier, *Gaz. des hôp.*, 1876, p. 265.

[2] Tandis que les pessaires métalliques doivent être enduits d'huile avant de s'en servir, ceux en caoutchouc seront plutôt savonnés : car les corps gras, surtout l'huile, risqueraient de les altérer.

[3] Voyez les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1876.

[4] Ces fistules sont généralement moins graves que celles produites par d'autres causes, et guérissent souvent spontanément après l'ablation du corps étranger

neau, si bien qu'après plusieurs années il faut une véritable opération pour les extraire. Afin d'éviter ces divers accidents, on doit d'abord revoir ses malades peu de temps après la première application, et s'enquérir des douleurs qui auraient pu se produire du côté du ventre ou du vagin. Ensuite continuer à les surveiller, et les prévenir de retirer de temps en temps et de nettoyer leur appareil.

Les ceintures hypogastriques, associées aux pessaires, sont encore un utile moyen de soulagement. Il suffira souvent, pour juger de l'opportunité d'une ceinture, de relever la masse intestinale avec les deux mains appliquées à plat sur l'abdomen. Si cette manœuvre soulage la patiente, c'est qu'une ceinture à demeure est indiquée. Une bande de flanelle enroulée un certain nombre de fois pourra quelquefois remplacer avantageusement un appareil hypogastrique plus compliqué. La ceinture, pas plus que le pessaire, n'a une action directe sur l'utérus dévié. C'est plutôt en fixant les organes, qu'ils amènent tous deux des résultats favorables. Ce qui explique pourquoi, quoique moins souvent utile, l'application d'une ceinture hypogastrique peut être suivie d'amélioration, même dans les déviations postérieures.

Frappés du peu d'action qu'exercent les pessaires vaginaux sur la situation du fond de l'utérus anté ou rétrofléchi, beaucoup d'auteurs ont conseillé les pessaires intra-utérins. Il est certain qu'on a obtenu des succès par leur emploi. Valleix nous dit qu'ils entraînent souvent des hémorrhagies. Nous savons combien les saignées locales soulagent les malades atteintes de métrite. Peut-être, dans quelques cas, les tiges introduites dans l'utérus ont agi ainsi. Mais il est probable que c'est surtout à la fixation de l'organe qu'elles ont dû leurs résultats favorables[1].

[1] Plusieurs gynécologistes russes font usage des pessaires intra-utérins. Voyez Gontcharoff, thèse de doctorat, Paris, 1877.

A côté de ces avantages si aléatoires, le séjour d'une tige rigide dans la cavité utérine présente de graves inconvénients, des dangers même, pouvant quelquefois entraîner la mort. Aussi, dans les rares circonstances où on croirait de voir recourir à ce mode de traitement, ne faudrait-il le faire qu'en s'entourant des plus grandes précautions. On tâtera d'abord la sensibilité de l'utérus au moyen du cathétérisme plusieurs fois répété. On introduira dans la cavité une tige en caoutchouc enduite d'huile phéniquée, et maintenue par des tampons, en recommandant à la malade de garder le repos au lit. Jamais nous n'employons les pessaires intra-utérins rigides et fixés, les femmes continuant à marcher et à vaquer à leurs occupations. C'est surtout chez les nullipares, dans l'antéflexion suivie de stérilité et de dysménorrhée, avec l'utérus mobile et indolent, qu'on pourrait les essayer. Encore, dans ces cas-là, se trouve-t-on souvent mieux de la dilatation de la cavité cervicale. Chez les multipares, on doit redouter davantage les accidents dus à quelques vestiges de lésions inflammatoires anciennes.

En résumé, les pessaires intra-utérins constituent un mode de traitement dangereux, auquel on ne doit avoir recours que dans quelques circonstances exceptionnelles.

Simpson a conseillé l'usage de pessaires intra-utérins formés de deux tiges accolées, l'une de zinc, l'autre de cuivre. Ce chirurgien attachait une certaine importance aux courants électriques qui se développent dans ces conditions, sous l'influence des liquides sécrétés. On a également tenté la guérison des déviations utérines au moyen de l'électricité, le pôle négatif étant introduit dans la cavité cervicale et le pôle positif dans le vagin ; ou bien, l'un dans le col et l'autre dans la vessie ou le rectum, selon qu'il y avait antéflexion ou rétroflexion. Nous n'avons pas eu l'occasion d'essayer ces procédés curatifs, qui ont amené plusieurs fois

des accidents. Nous ne serions pas surpris de les voir réussir dans quelques cas. Nous avons, en effet, obtenu de bons résultats, dans des dysménorrhées douloureuses, de l'emploi des courants induits faibles, un des réophores étant appliqué sur l'extrémité du museau de tanche, l'autre sur les parois abdominales. Au moins ainsi, évitons-nous toute introduction de corps étranger dans la cavité utérine, ce qui nous paraît de beaucoup préférable.

Nous terminerons ce qui est relatif au traitement des déviations utérines, par quelques mots sur la conduite à tenir dans les cas de rétroflexions compliquant la grossesse. La première indication consiste à évacuer l'urine. Si le cathétérisme était impraticable, même avec une sonde d'homme, on ne devrait pas hésiter à ponctionner la vessie par le vagin. La femme étant ensuite placée sur les coudes et les genoux, on cherchera à réduire avec deux doigts introduits dans le rectum, en poussant le fond de l'utérus en avant et latéralement, pour diminuer autant que possible l'obstacle opposé à la réduction par l'angle sacro-vertébral. Lorsque l'utérus a repris sa position normale, on le maintient au moyen de tampons et de pessaires, en laissant la malade dans le décubitus latéral. Au bout de peu de temps l'organe remonte au-dessus du détroit supérieur, et tout danger a alors disparu. Lorsque la réduction ne peut pas s'effectuer, les périls auxquels ces accidents exposent la femme autorisent le médecin à provoquer l'avortement. Si le col est situé tellement haut que son orifice soit inaccessible, quelques auteurs ont conseillé de ponctionner l'œuf à travers les parois du vagin et de l'utérus. Le liquide amniotique s'écoule, la réduction s'opère et l'avortement se produit. Comme moyen prophylactique, si, au début de la grossesse, on trouve l'utérus en rétroversion, il est utile de faire porter à la femme un *pessaire à anneau*. Ce genre

d'appareil contentif n'a pas l'inconvénient que pourraient présenter les pessaires opérant des frottements sur l'extrémité inférieure du col, et pouvant ainsi prédisposer à l'expulsion prématurée du produit de conception.

Élévation de l'utérus.

On admet généralement que la situation de l'utérus au-dessus du plan qu'il occupe à l'état normal peut être due à un raccourcissement congénital ou acquis des ligaments qui le maintiennent. Faute de renseignements suffisamment précis, on peut se demander, pour la plupart de ces observations, si on n'avait pas affaire à des adhérences. On trouve dans le livre si riche en faits de MM. Bernutz et Goupil, trois cas de ce genre, où l'organe utérin paraissait plus élevé, par conséquent le vagin plus long qu'à l'ordinaire. De ces trois femmes, les deux premières avaient une hauteur de stature exceptionnelle, avec laquelle la longueur du vagin et la situation de l'utérus étaient en rapport. Chez la troisième, bien qu'elle fût de taille moyenne, le col et les culs-de-sac vaginaux étaient placés très haut, le col à 75 millimètres, le cul-de-sac antérieur à 85 et le postérieur à 110 millimètres de l'entrée du vagin, sans qu'on pût constater aucun état pathologique de l'utérus ou des annexes[1].

En dehors de ces curiosités anatomiques, observées cliniquement sans le contrôle de l'autopsie, l'élévation de l'utérus est toujours symptomatique, soit d'adhérences péritonéales, soit de tumeurs développées dans les parois utérines ou dans les annexes, corps fibreux, kystes de l'ovaire. Dans ces conditions, les culs-de-sac sont effacés, étirés, et le fond du vagin est rétréci en forme d'entonnoir. Ses parois sont lisses et perdent les plis et les rugosités de l'état nor-

[1] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 614.

mal. Le museau de tanche est raccourci et ne constitue plus, au fond de l'entonnoir, qu'une petite tubérosité à peine appréciable.

On a considéré l'élévation de l'utérus comme une cause de stérilité, en s'appuyant sur la difficulté qu'aurait le liquide fécondant à arriver jusqu'à l'orifice cervical. Cette conception *à priori* ne nous paraît pas pouvoir résister aux cas, relativement assez nombreux, où la conception a eu lieu malgré la persistance de l'hymen[1]. En somme, cette variété de déplacement de l'utérus n'entraînant à sa suite aucune manifestation morbide, nous nous sommes contenté d'en signaler l'existence et d'en indiquer les causes principales.

Abaissement et prolapsus de l'utérus.

On dit qu'il y a *abaissement* ou *prolapsus utérin*, quand l'organe, en totalité, est situé au-dessous du plan qu'il occupe normalement. Pour se rendre compte s'il y a ou non abaissement, il faut être préalablement fixé sur la longueur des différents points du vagin chez la femme saine. Les auteurs ne s'accordent pas sur les dimensions à attribuer au conduit vaginal, qui serait de 10 centimètres selon les uns, de 6 ou 7 seulement selon d'autres. Ces proportions varient, du reste, suivant certaines circonstances, ainsi que nous l'avons déjà signalé[2]. M. Bernutz, à la suite de nombreuses mensurations prises sur la femme vivante, avec toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'erreur, est arrivé aux conclusions suivantes. Chez les nullipares, le col est éloigné de la partie antérieure de l'orifice vaginal de 55 millimètres, le cul-de-sac antérieur de 62 et le postérieur de

[1] Voyez entre autres l'intéressante observation publiée par M. Guéniot, où la grossesse s'était produite malgré un hymen épaissi et perforé d'un orifice admettant à peine une sonde cannelée. (Guéniot, *Arch. de tocol.*, 1878, p. 716.)

[2] Voyez page 138.

75 à 80[1]. Les accouchements ne changent pas grand'chose à ces chiffres, qui restent à peu près les mêmes à 1 ou 2 millimètres près, la femme étant examinée couchée. Mais dans la station debout, tandis que chez la nullipare on n'observe que des changements inappréciables, chez la multipare l'orifice du col et les culs-de-sac se rapprochent de l'anneau vulvaire de 10 à 12 millimètres, sans amener aucun trouble, aucune sensation perceptible.

Ces notions d'anatomie normale nous seront d'un grand secours pour déterminer le degré d'abaissement de l'utérus. On a proposé des noms différents pour désigner ses diverses phases : appelant *abaissement* ou *prolapsus* les cas où la portion vaginale du col arrive jusqu'au contact du plancher périnéal, sans apparaître à la vulve; *descente* ou *procidence* quand on observe la présence du museau de tanche à la vulve; enfin *chute* ou *précipitation* si l'organe est situé en dehors de l'orifice vulvaire, pendant plus ou moins bas entre les cuisses. Ces divisions ont le grand inconvénient de charger la mémoire de mots à peu près synonymes, et nous adopterons une classification qui nous paraît plus simple et partant préférable, en *prolapsus incomplet* et *complet*. *Incomplet* quand l'utérus est encore situé au-dessus de l'orifice vulvaire, *complet* quand la tumeur fait saillie hors de la vulve. Il y a évidemment une série d'intermédiaires entre ces deux types, que nous prenons comme points de repère, et qui nous semblent suffisants pour la facilité de la description.

Anatomie pathologique. — Le vagin accompagne toujours le prolapsus utérin. Les observations où on a indiqué sa situation comme normale, étant généralement antérieures au mémoire d'Huguier, sont relatives à des cas d'élongation hypertrophique du col[2] si souvent confondus avec le pro-

[1] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 470.
[2] Voyez page 291.

lapsus. Pour les abaissements datant de longtemps, on voit quelquefois se produire une hypertrophie secondaire du segment cervical portant sur sa longueur et sur sa largeur, état anatomique qu'il ne faudrait pas confondre avec l'allongement hypertrophique primitif (fig. 116).

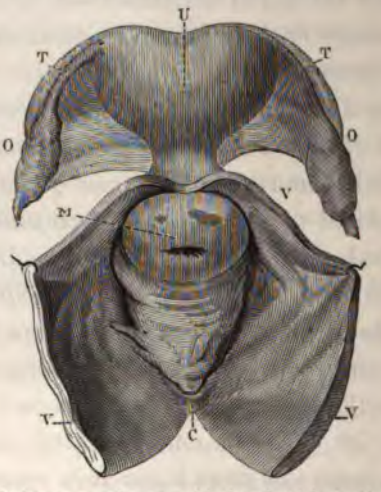


Fig. 116. — Prolapsus avec hypertrophie du col utérin (après réduction).
(Le vagin est *ouvert* par sa paroi postérieure.)

U. Corps de l'utérus. — M. Col hypertrophié. — TT. Trompes. — OO. Ovaires. — V V. Vagin.

Dans le prolapsus complet on observe à la vulve une tumeur tantôt piriforme, tantôt plus ou moins cylindrique, dont les dimensions varient depuis celles d'un œuf de poule jusqu'à celles du poing ou d'une tête d'enfant (fig. 117)[1]. Sa couleur, rouge violacé dans les cas récents, devient pâle ou bleuâtre quand le déplacement remonte à une époque éloignée. Sa surface, formée par la muqueuse vaginale, est lisse, unie, les plis et les saillies du vagin étant presque effacés surtout en avant, tandis que la paroi postérieure conserve encore quelques plis transversaux rudimentaires. Le revête-

[1] Cas de Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 271.

ment épithélial perd ses caractères de muqueuse pour prendre ceux de l'épiderme, et donne au toucher la sensation de la peau des mains des gens adonnés à un travail manuel, des mains calleuses. Chez les nègresses, cette mu-

Fig. 117. — Prolapsus utérin (d'après Cruveilhier).

C. Clitoris. — M. Méat urinaire. — LL. Grandes lèvres. — V. Vagin. — M. Orifice du col utérin.

queuse, rouge à l'état normal, devient noire comme le tégument externe sous l'influence du prolapsus.

C'est qu'en effet, au point de vue histologique, l'épithélium pavimenteux du vagin et de la surface externe du museau de tanche ressemble beaucoup à l'épithélium cutané. Les parties superficielles de ce revêtement se desquament quelquefois par plaques, par écailles, comme dans le psoriasis. Sur des coupes histologiques provenant d'une muqueuse ainsi modifiée, on observe deux couches bien nettes d'épithélium. L'une profonde à noyaux faciles à colorer par l'hématoxyline ou le picrocarminate. L'autre superficielle formée par des cellules cornées sans noyaux, comme pour la peau. Il existe en outre de nombreuses granulations pig-

mentaires. Dans un cas examiné par Schütz, il y avait une diminution des fibres musculaires et une augmentation du tissu conjonctif du col[1].

A la partie inférieure de la tumeur, on constate l'existence de l'orifice externe du museau de tanche (fig. 117, M). Celui-ci, souvent entr'ouvert, peut arriver à un degré de dilatation tel, qu'on a vu le coït se pratiquer par cette voie. On observe à sa surface des érosions et des ulcérations, ou bien ses lèvres sont renversées jusqu'à produire une inversion du col. La cavité cervicale présente souvent des oblitérations sur des points variables de sa hauteur, surtout à l'orifice externe. Ce dernier est quelquefois situé en arrière et difficile à percevoir. En réalité, le prolapsus est généralement plus accusé en avant à cause de la cystocèle qui l'accompagne, disposition qui rejette le col en arrière.

En pratiquant l'autopsie d'une femme atteinte de prolapsus, on trouve dans le petit bassin à la place de l'utérus, une cavité en entonnoir contenant les trompes, les ovaires et des anses intestinales. Les ligaments sont relâchés ou rompus, au point que l'organe utérin peut être repoussé très au-dessus de son niveau normal. Les tissus environnants sont hyperhémiés, ramollis, les veines dilatées et gorgées de sang. D'autres fois il existe des adhérences s'opposant à toute possibilité de réduction. L'utérus, dans son ensemble, est augmenté de volume, presque toujours sous l'influence de la métrite dont il présente alors les lésions. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et cette hypertrophie est seulement due à une congestion veineuse passive, ou à l'accumulation de la lymphe dans le système de fentes et de lacunes dont il est si richement pourvu. Ce qui semble prouvé par ce fait, que la simple réduction suffit pour ramener

[1] Schütz, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 264.

l'organe à ses dimensions normales[1]. On a observé, dans quelques cas, la gangrène d'une partie ou de la totalité de la tumeur. A la suite de l'élimination des régions sphacélées, il peut se produire une fistule. Si la gangrène a envahi tous les tissus, la mort en est souvent la conséquence.

Le prolapsus n'atteint pas un certain degré sans se compliquer de cystocèle (fig. 118), ou, quoique moins fréquem-

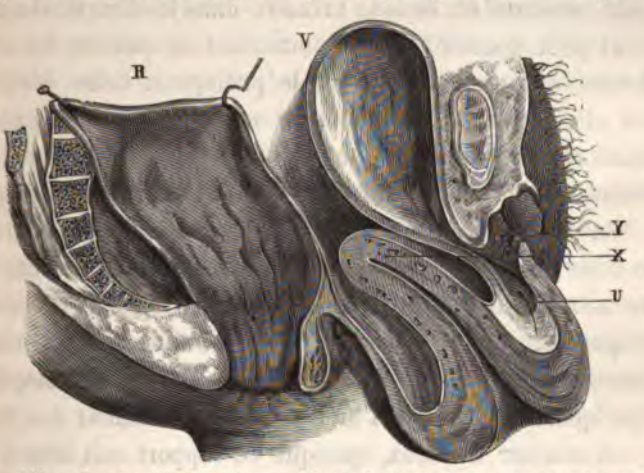


Fig. 118. — Coupe verticale antéro-postérieure du bassin dans un cas de prolapsus de l'utérus (d'après Cruveilhier).

X. Utérus. — V. Vessie. — Y. Canal de l'urèthre. — U. Orifice de l'uretère. — R. Rectum.

ment, de rectocèle. Une portion du péritoine accompagne également les organes herniés, disposition anatomique importante à se rappeler si on avait à intervenir chirurgicalement. Il existe à ce point de vue une différence, selon que le déplacement s'est produit subitement ou lentement. Dans la première hypothèse la vessie et le rectum sont moins souvent entraînés que dans la seconde. Quand la vessie fait partie de la tumeur, elle est attirée en bas et

[1] Aran, *loc. cit.*, p. 1034.

change de direction et de forme. L'urèthre également dévié, se porte de haut en bas (fig. 118, Y).

La situation de la partie inférieure de la cavité vésicale amène la stagnation de l'urine et des lésions diverses de sa muqueuse, des uretères, des bassinets, des reins eux-mêmes. On a observé des cas de mort par hydronéphrose ou par compression mécanique de l'utérus sur les uretères. Le séjour constant du liquide urinaire dans le diverticulum vésical peut donner lieu à la formation de calculs. La rétroflexion accompagne souvent le prolapsus. Cette déviation est elle-même consécutive a la rétroversion, qui précède l'abaissement dans la plupart des cas. Sims le considère même comme impossible avec un utérus en antéversion [1].

On a noté l'oblitération et l'hydropisie des trompes, comme lésions accompagnant la chute de l'utérus. Les hernies inguinales et crurales en sont également la conséquence, ou se montrent sous l'influence des mêmes causes. Le prolapsus de la muqueuse uréthrale complique quelquefois celui de l'utérus. Le relâchement des tissus peut amener les deux, quoique ce rapport soit loin d'être prouvé.

Symptômes. — Les symptômes varient suivant que le déplacement s'est produit subitement à la suite d'une chute ou d'un effort, ou peu à peu et lentement. Le second processus est de beaucoup le plus fréquent. Dans les cas de prolapsus brusque, les troubles sont plus accusés. Les malades éprouvent, tout à coup, une douleur vive dans l'abdomen, suivie de la sensation d'une rupture et d'un corps

[1] Schrœder a décrit et figuré un prolapsus complet avec un utérus en antéflexion. Ce cas n'est pas en contradiction avec l'opinion de Sims; car dans l'observation de Schrœder, qui est donnée sans aucun détail, rien ne prouve que la flexion ne s'est pas produite après le prolapsus. En outre, il y avait un corps fibreux situé dans la paroi antérieure de l'utérus, sur le point où s'était produite la flexion. (Voyez Schrœder, *loc cit.*, p. 186.)

étranger qui tendrait à sortir. Ces phénomènes douloureux s'accompagnent souvent de défaillances, de syncopes, de nausées ou de vomissements. On les voit aussi se compliquer d'accidents aigus du côté du péritoine.

Lorsque le prolapsus se produit peu à peu et lentement, les femmes se plaignent de douleurs lombaires, d'un sentiment de poids, de lourdeur très pénible, donnant lieu à des besoins fréquents d'expulsion, sorte de ténesme vaginal. En même temps, si la chute est complète, on observe à la région vulvaire une tumeur présentant les caractères que nous avons précédemment décrits.

On rencontre quelquefois des cas où, même avec un prolapsus complet, les malades ne se plaignent que des troubles mécaniques. Dans ces abaissements à manifestations latentes, l'utérus a ordinairement conservé son volume normal. C'est qu'en effet, quoique le prolapsus amène par lui-même un certain nombre d'accidents incontestables, beaucoup de phénomènes généraux considérés comme étant sous sa dépendance résultent d'une métrite concomitante.

La cystocèle donne lieu à une série de modifications dans l'excrétion urinaire, consistant en besoins fréquents, suivis de sensations douloureuses, de ténesme vésical. Les malades sont forcées de prendre les positions les plus variées, ou même de comprimer elles-mêmes la tumeur, pour arriver à vider leur vessie. Les calculs qui prennent naissance dans ces conditions ont pu nécessiter l'opération de la taille. Le cathétérisme n'est souvent possible qu'avec une sonde d'homme très recourbée, dont la concavité doit être tournée en bas et en arrière. Les accidents vésicaux en se propageant du côté des uretères, des calices, des bassinets et des reins, entraînent à leur suite les symptômes graves et si souvent mortels de l'urémie. La rectocèle, de son côté,

est cause de troubles de la défécation, constipation opiniâtre, selles pénibles, ténesme de l'orifice anal.

La plupart des phénomènes douloureux que nous venons d'énumérer s'exaspèrent sous l'influence de la moindre fatigue, du moindre effort, au point de rendre tout travail impossible. A la longue, ils agissent sur le système nerveux, entraînant tout le cortège de manifestations morbides que nous avons signalés à propos de la métrite chronique. Les écoulements utérins, le contact de l'urine, déterminent des excoriations et des ulcérations de la tumeur elle-même ou de la face interne des cuisses, nouveaux sujets de souffrance pour les malades. Nous avons signalé la possibilité des accidents de gangrène et leurs funestes conséquences.

Dans la majorité des cas la menstruation est peu influencée. Le flux cataménial est cependant, quelquefois, soit diminué, soit augmenté en quantité ou en durée. Mais les métrorrhagies ou l'aménorrhée sont surtout en rapport avec un certain degré de métrite. Quand l'utérus est fixé par des adhérences, les tentatives de réduction peuvent être le point de départ d'accidents péritonitiques rapidement mortels.

Diagnostic. — Quand le prolapsus est incomplet, au moyen du palper et du toucher combinés, on se rend compte de la situation du fond et du col utérins, ce qui suffit pour établir le diagnostic. Pour le prolapsus complet, les difficultés varient selon que la tumeur est réduite ou non. Dans le premier cas il suffit de faire tousser la malade ou de lui conseiller d'accomplir un effort, pour voir la hernie se reproduire. Souvent la sécheresse, l'état rugueux des parois vaginales, permet, grâce au toucher seul, de constater l'existence d'un déplacement réduit.

Si la tumeur fait saillie à la vulve, on pourrait la confondre avec un polype, une inversion, un allongement hypertrophique. La sensation fournie par le polype saisi

entre deux doigts est différente de celle que donne le tissu utérin. En outre, dans le prolapsus, il y a, le plus souvent, en avant, une espèce de fluctuation due à la cystocèle qui l'accompagne. En déprimant cette partie fluctuante on arrive sur l'utérus. Enfin on trouve à la partie inférieure ou inféro-postérieure de la tumeur, l'orifice du museau de tanche qui ne peut laisser aucun doute sur la nature de l'affection. Si cet orifice était oblitéré, le toucher rectal uni au cathétérisme vésical permettrait de constater l'absence du fond de l'utérus à la place qu'il doit normalement occuper, et suffirait à établir le diagnostic.

Dans l'inversion, la surface de la tumeur formée par la muqueuse du corps utérin présente des caractères différents de ceux de la muqueuse vaginale recouvrant l'organe abaissé. Dans les deux cas le fond de l'utérus n'occupe plus sa situation normale. Mais, pour l'inversion, il n'y a pas d'orifice à la partie inférieure de la tumeur qui présente elle-même une sorte de pédicule étranglé par un bourrelet circulaire, et les culs-de-sac sont conservés.

Dans l'allongement hypertrophique[1], le fond de l'utérus est resté à sa place ordinaire, quoique le col fasse saillie à la vulve, et l'hystéromètre permet de constater la longueur exagérée de la cavité. Par le cathétérisme vésical on déterminera la direction de l'urèthre et la situation exacte du fond de la vessie. Par le toucher rectal, on se rendra compte de la disposition de l'intestin relativement à l'utérus. Le prolapsus vaginal, à l'état isolé, peut simuler au premier abord celui de l'organe utérin; mais le toucher suffit pour constater que le museau de tanche n'a pas quitté le fond des culs-de-sac, et que le vagin seul constitue la hernie[2].

[1] Voyez page 360.

[2] Autrefois des femmes atteintes de prolapsus ont été considérées comme hermaphrodites. Ces cas ont donné lieu à des procès en cassation de mariage pour inaptitude au coït.

Pronostic. — Le prolapsus est le plus grave des déplacements utérins que nous ayons étudiés jusqu'à présent. En général, cependant, il n'entraîne pas par lui-même de danger pour la vie, et passe quelquefois presque inaperçu pendant de longues années, surtout dans les classes laborieuses. Nous avons vu une femme de la campagne atteinte de prolapsus complet depuis dix ans, qui, malgré cet état pathologique, n'avait jamais interrompu les durs travaux de la vie des champs. Chez elle, la tumeur était devenue tout à fait irréductible.

Mais cette affection ne se présente pas toujours avec des caractères aussi bénins, et constitue le plus souvent une infirmité pénible et douloureuse, influençant d'une façon fâcheuse la santé générale. La mort peut même en être la conséquence, ainsi que nous l'avons déjà signalé, soit par des accidents urémiques, soit par la gangrène ou à la suite d'inflammations péritonéales. Ces dernières se montrent surtout dans les cas produits brusquement, ou après les tentatives exagérées de réduction, s'il existe des adhérences.

Le prolapsus utérin peut être cause de stérilité. Cependant on a vu assez souvent des femmes fécondées malgré un prolapsus complet, soit que l'utérus fût refoulé et réduit par l'acte du coït, soit que l'extrémité du membre viril pénètrât directement dans la cavité cervicale dilatée. Ordinairement, sous l'influence de la gestation, l'utérus remonte dans le bassin. On a observé des cas où la grossesse est arrivée jusqu'à son terme dans un organe pendant entre les cuisses de la femme[1]. Quelquefois la réduction amenée par la ges-

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 831, et Aubinais, *Gaz. des hôpit.*, 1866, p. 378. Schrœder dit qu'il n'y a dans la science aucun cas bien sûrement constaté dans lequel l'utérus en prolapsus complet et siégeant entre les cuisses de la femme se soit développé presque complètement, ou jusqu'à la fin normale de la grossesse. (Schrœder, *Traité d'accouchement*, trad. française, p. 357.)

tation se maintient après l'accouchement, mais plus souvent le déplacement se montre de nouveau.

L'âge et l'état général des sujets, la durée plus ou moins longue de l'affection, son mode de production, la possibilité ou l'impossibilité de réduire la tumeur, jouent un grand rôle dans le pronostic.

Étiologie. — Toutes les modifications qui amènent un relâchement, un ramollissement des ligaments et des tissus circum-utérins, prédisposent au prolapsus. A ce titre, la grossesse joue le principal rôle, surtout quand elle arrive jusqu'au terme, les avortements étant plutôt cause de flexions, C'est, en effet, dans les périodes avancées de la gestation que les tissus environnant l'utérus et l'unissant aux organes voisins sont surtout influencés. Aussi les fatigues, les imprudences, les marches trop tôt après l'accouchement, trouvent-elles tout disposé de la façon la plus favorable à sa production. D'un côté, moyens de suspension et de fixation relâchés, d'un autre, organe lourd, gros, tendant par conséquent davantage à s'abaisser par le seul fait de son poids. Ceci nous explique pourquoi ce sont surtout les multipares qui y sont exposées.

On observe cette affection avec son maximum de fréquence de 25 à 35 ans, et quand on la rencontre chez des femmes âgées, elle remonte souvent à de longues années[1]. On a fait jouer un rôle au plus ou moins de largeur ou d'étroitesse du bassin. La vaginite chronique, l'ascite, les tumeurs développées dans le voisinage, peuvent être cause d'abaissement utérin, surtout par le ramollissement que ces affections diverses occasionnent autour d'elles. On a également invoqué un amaigrissement rapide[2], certaines ma-

[1] Les cas de prolapsus utérins observés chez des enfants ou des nouveau-nés doivent être rangés parmi les vices de conformation ou les monstruosités.

[2] Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 291.

ladies aiguës, typhus, choléra, variole; nous ne comprenons pas trop par quel mécanisme, dans ces dernières. La déchirure du périnée a une importance très grande selon les uns, minime suivant d'autres, sur la production de la chute de l'utérus. L'abaissement du vagin peut être consécutif à celui de la matrice, ou au contraire le précéder et l'entraîner à la longue. C'est surtout dans le second cas qu'on observe un certain degré d'élongation secondaire du museau de tanche. Les professions qui forcent à être longtemps debout paraissent aussi y contribuer pour leur part. La fréquence plus grande de cette variété de déplacement dans les classes pauvres nous est expliquée par les nombreuses imprudences auxquelles sont soumises, aussitôt après l'accouchement, les femmes qui vivent de leur travail.

Quoique les multipares soient plus souvent que les autres atteintes de prolapsus, elles n'y sont pas seules exposées, et on l'a observé même chez des vierges, l'utérus refoulant l'hymen [1]. Encore, dans ces cas, faut-il admettre une disposition individuelle toute particulière, une laxité exceptionnelle des tissus. La fixité que présente l'utérus, étudié sur un cadavre de jeune fille, rend difficile à comprendre la possibilité d'un abaissement dans cet état. L'apparition brusque d'un prolapsus est rare, comparativement à la fréquence de celui qui se produit lentement et peu à peu.

On a cherché à se rendre compte de la force qui était nécessaire pour attirer l'utérus au dehors. Il résulte des expé-

[1] Aran cite une femme de 17 ans, vierge d'enfants, qui vit se produire un prolapsus à la suite d'une chute dans un escalier. Puech a observé un cas curieux de ce genre. Le déplacement fut causé par un effort violent pour soulever un fardeau, chez une fille de 20 ans, vierge. La tumeur refoulait fortement l'hymen, qui ne fut cependant pas déchiré. La réduction opérée, la malade fut soumise à un traitement antiphlogistique, bains, sangsues, et, à la suite de deux mois de repos au lit, la guérison fut complète, si bien que cette femme mariée plus tard, eut deux enfants sans que le prolapsus se reproduisit. (Cité par Courty, *loc. cit.*, p. 828. Voyez également le cas d'Aubinais, chez une jeune fille de 20 ans : *Gaz. des hôp.*, 1866, p. 378.)

riences faites sur le cadavre par MM. Legendre et Bastien, qu'une traction correspondant à 20 ou 25 kilogrammes suffit pour l'amener à la vulve, tandis que 50 kilogrammes sont nécessaires pour faire dépasser l'orifice vulvaire à l'organe hernié. Malgré l'intérêt de ces recherches, on ne peut pas conclure de ce qu'on a observé sur le cadavre, à ce qui se passe chez la femme vivante, où la densité et toutes les conditions physiologiques des tissus diffèrent essentiellement. En outre, une traction modérée, mais continue, demande un effort beaucoup moins considérable et a cependant bien plus d'action qu'une traction brusque et instantanée.

Traitement. — Si le déplacement est peu avancé, il suffira souvent, pour obtenir la guérison, d'introduire dans le vagin des tampons d'ouate imbibés d'un mélange de glycérine et de tannin. Après avoir enlevé le tampon, la malade doit faire usage d'injections astringentes froides, avec la décoction d'écorce de chêne ou de feuilles de noyer.

Quand le prolapsus est complet, deux indications se présentent : d'abord le réduire, ensuite le maintenir réduit. Pour se guider dans cette pratique, il est très important de bien connaître l'ordre de succession suivi par les différentes parties qui composent la tumeur, au moment où elles font saillie à la vulve. Si on étudie la façon dont la chute se produit après la réduction lorsque la femme fait un effort, on voit la paroi antérieure du vagin descendre la première, bientôt suivie par le col utérin, qui entraîne à son tour la paroi vaginale postérieure. Pour opérer la réduction, on doit agir en sens inverse, repousser d'abord le cul-de-sal postérieur, puis le col, et la paroi vaginale antérieure rentrera d'elle-même.

Après que l'organe a été remis en place, il s'agit de l'y maintenir au moyen d'un pessaire. Autrefois on employait à cet usage des corps résistants, tels que du bois, de la

cire[1]. Depuis longtemps on se sert de substances moins rigides, et les pessaires-soutiens sont faits avec du feutre recouvert de gomme. Les diverses variétés de pessaires, en bondon, en

Fig. 119. – Pessaire en bondon.

Fig. 120. — Pessaire en gimblette.

gimblette, en entonnoir, en raquette (fig. 119, 120, 121 et 122), présentent l'inconvénient de presser sur le col, et les

Fig. 121. — Pessaire en entonnoir.

Fig. 122. — Pessaire en raquette.

frottements qui se produisent sur l'extrémité inférieure du museau de tanche donnent lieu à des ulcérations. Les appa-

Fig. 123. — Pessaire Gariel en caoutchouc vide, avant son introduction.

reils en caoutchouc, tel que le pessaire Gariel, rendent souvent de grands services. Ce dernier doit être introduit replié dans le sens de sa longueur (fig. 123) au moyen de

[1] Dans certains départements, nous avons encore vu les femmes de la campagne employer des pessaires en cire.

l'index et du médius. Après l'avoir dilaté avec l'insufflateur, on ferme le robinet, et le tube est relevé et fixé au moyen d'une bande ou d'une serviette sur les parois abdominales. On peut reprocher au pessaire Gariel (fig. 124) de dilater

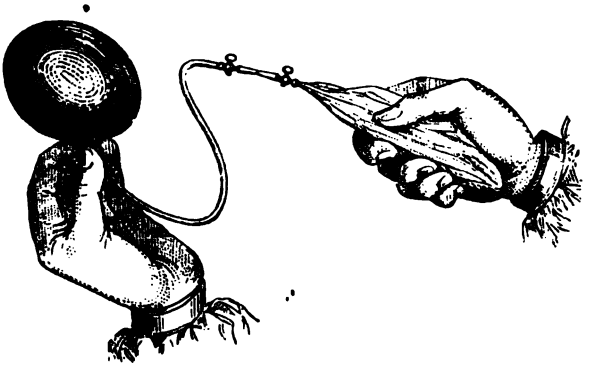


Fig. 124. — Pessaire Gariel distendu par l'air.

trop énergiquement le conduit vaginal. Si bien que remplissant parfaitement son rôle au début, au bout d'un certain temps il ne se maintient plus et est lui-même expulsé.

Aussi, de tous les modèles de ce genre, ceux auxquels nous donnons la préférence sont ceux de Meigs ou de Dumontpallier (composé d'un anneau en caoutchouc recouvrant un ressort de montre), qui maintiennent l'utérus par l'intermédiaire des parois vaginales [1]. Si le périnée manque plus ou moins complètement, on pourra adapter à la partie antérieure de l'anneau une tige recourbée, qui pénètre dans le vagin et se relie à un appareil appliqué sur l'abdomen. Cette combinaison (fig. 125), qui nous a été indiquée par M. Dumontpallier, présente des avantages dont nous avons pu constater nous-même l'efficacité. Nous ne revien-

[1] A la réunion de l'Association pour l'avancement des sciences de 1874, le docteur Gayral (de Lille) a présenté un anneau-pessaire dont il se servait depuis longtemps dans sa pratique.

drons pas sur les dangers des pessaires et les précautions à prendre dans leur emploi, nous étant déjà suffisamment étendu sur ce sujet.

Les ceintures hypogastriques donnent peu de résultats

Fig. 125. — Pessaire-anneau de Dumontpallier, avec support.

A. Pessaire-anneau. — C. Ceinture. — T. Tige destinée à supporter le pessaire A — P. Grillage qui est fixé au devant du pubis et qui supporte la tige T. — S S. Sous-cuisses.

dans les cas de prolapsus. Les ceintures abdominales, en soutenant les intestins, peuvent contribuer à soulager les malades dans les cas d'abaissement léger, surtout s'il y a un développement considérable de tissus adipeux dans les parois abdominales[1]. Les ceintures périnéales, employées par quelques gynécologistes, nous ont généralement mal réussi à cause de l'irritation qu'elles amènent dans toute la région vulvo-anale. Quelquefois tous les pessaires sont impuissants à maintenir la réduction, ou ne peuvent pas être supportés. C'est alors qu'on a conseillé d'intervenir, soit par l'action des caustiques afin de rétrécir la lumière du

[1] Guéniot, *Académie de médecine et archives de tocologie*, 1878, p. 577.

vagin, soit au moyen d'applications répétées de serres-fines.

Plusieurs opérations chirurgicales ont été pratiquées dans le but de diminuer le calibre du vagin et de remédier au prolapsus. Les divers procédés d'*élytrorrhaphie* consistent, en somme, à aviver les parois vaginales et à les réunir par des points de suture. Les surfaces d'avivement (fig. 126 et 127) portent tantôt sur les parois latérales, tantôt sur les

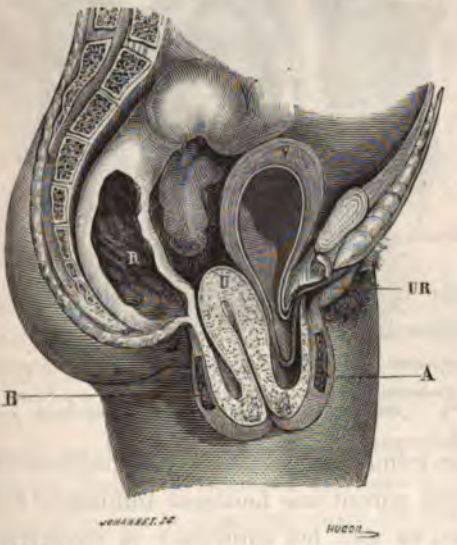


Fig. 126. — Surface d'avivement dans le cloisonnement du vagin (procédé de Lefort).

A. Surface d'avivement antérieure. — B. Surface d'avivement postérieure. — U. Fond de l'utérus. UR. Ouverture de l'urèthre.

parois antérieure et postérieure[1]. Par l'*épisorrhaphie* on rétrécit dans le même but l'orifice vulvaire. Ces opérations ne sont évidemment indiquées que comme ressource ultime, quand on aura tenté inutilement tous les autres moyens et que l'utérus est encore réductible.

Si cette dernière condition fait défaut, toute intervention active est contre-indiquée, et on doit se contenter des moyens

[1] Voyez Lefort, *Bull. de thér.*, 1877, et figures 126 et 127.

palliatifs appelés à masquer plus ou moins l'infirmité, et à diminuer autant que possible les souffrances des malades.

Fig. 127. — Aspect du vagin le cloisonnement étant effectué (procédé de Lefort).

A. Surface d'avivement antérieure. — B. Surface d'avivement postérieure. — CC'. Suture métallique droite. — DD'. Suture métallique gauche.

Des soins extrêmes de propreté et des pansements fréquemment répétés auront une heureuse influence. S'il existe des ulcérations, on doit les cautériser et recouvrir la tumeur d'une épaisse couche d'ouate maintenue par une serviette. Cette application d'une couche d'ouate est également un bon moyen prophylactique pour empêcher les excoriations de se produire.

Inversion de l'utérus.

Anatomie pathologique. — On désigne sous le nom d'*inversion* de l'utérus un renversement de l'organe. Il en résulte que sa surface externe séreuse devient concave de convexe qu'elle était, tandis que sa face interne ou muqueuse devenant externe et convexe s'engage dans la cavité cervi-

cale. Contrairement à ce qui s'observe pour le prolapsus, l'orifice externe du museau de tanche occupe la région supérieure de la tumeur, dont la partie inférieure est constituée par le fond de l'organe. On a décrit plusieurs degrés d'inversion, depuis la simple dépression jusqu'au renversement total. Barnes en admet 3 ou 4 différents (fig. 128, A, B, C).

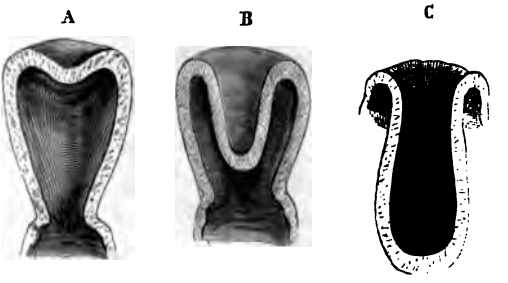


Fig. 128. — Divers degrés de l'inversion utérine (d'après Barnes).

Nous nous contenterons de la division déjà adoptée pour le prolapsus en *incomplète* et *complète*. *Incomplète*, quand l'utérus n'est pas entièrement retourné sur lui-même. *Complète*, toutes les fois que le segment cervical participe au renversement, qu'il subsiste ou non un bourrelet formé par l'extrémité des lèvres du museau de tanche (fig. 129 et fig. 128, C)[1]. Il existe évidemment entre les deux extrêmes une série d'intermédiaires, mais la division que nous adoptons nous paraît suffisante dans la pratique.

A l'autopsie des femmes mortes à la suite d'une inversion, on trouve dans le petit bassin, à la place de l'utérus, un infundibulum, contenant une certaine étendue des trompes et des ligaments larges, moins souvent les ovaires qui y ont cependant été rencontrés[2]. La vessie, le rectum,

[1] Les cas où le renversement est assez complet pour qu'il n'existe plus aucun rebord dû à l'extrémité cervicale sont exceptionnellement rares. (Voyez *Société de chirurgie*, séance du 18 juin 1879.)

[2] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 97.

des anses intestinales, peuvent aussi s'engager dans cette espèce de cavité et donner lieu à des phénomènes d'étranglement interne. Si l'inversion est de date récente, les tissus sont pâles, anémiés d'une façon générale, à l'exception

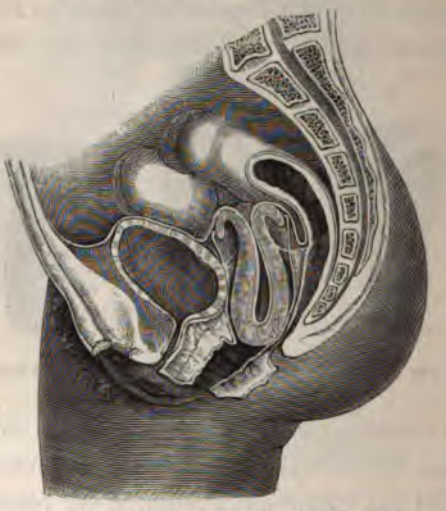


Fig. 129. — Inversion complète de l'utérus.

de la muqueuse utérine qui est rouge, violacée. Quand le déplacement est déjà de date ancienne, la structure du parenchyme utérin subit une série de modifications, comme dans les flexions, et peut même s'atrophier plus ou moins. La muqueuse se transforme également, et revêt un peu l'apparence d'une séreuse. Des excoriations, des ulcérations ne tardent pas à se produire à sa surface. L'épithélium, de cylindrique qu'il était devient pavimenteux[1]. Des adhérences s'établissent entre les divers points des surfaces

[1] Cette transformation de l'épithélium, admise par Scanzoni, nous paraît en opposition avec ce que nous savons aujourd'hui sur les modifications subies par la muqueuse utérine dans d'autres circonstances. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire nous-même l'examen histologique d'utérus en état d'inversion; en tout cas, nous croyons que ce point d'histologie doit être réservé et demande de nouvelles recherches.

séreuses, ou entre les muqueuses utérine et vaginale. Pas cependant d'une façon constante, comme le prouve la possibilité de réductions opérées plusieurs années après le début des accidents. Dans quelques cas rares, on a vu l'utérus en état d'inversion se détruire par gangrène.

Symptômes. — Les symptômes diffèrent selon que le processus a été brusque et subit, ou lent et progressif. Quand l'inversion se produit brusquement, les malades accusent une douleur violente [1], s'irradiant de l'utérus vers le sacrum et vers les aines, souvent suivie de vomissements répétés, de lipothimies et de syncopes.

Le faciès est douloureux, les traits profondément altérés, le pouls filiforme, les extrémités froides, les membres quelquefois atteints de tremblements, de secousses musculaires. En même temps on observe souvent des hémorrhagies abondantes, graves, quelquefois même rapidement mortelles. Dans ces cas à marche rapide, presque foudroyante, la mort arrive, tantôt par le fait de la perte sanguine elle-même, tantôt sous l'influence d'accidents nerveux ou syncopaux malgré une hémorragie minime. (Nous reviendrons sur l'interprétation de ces faits à propos du pronostic.)

Si l'inversion se produit progressivement, sous l'influence d'un polype par exemple, elle peut ne se manifester que par de légères contractions douloureuses de l'utérus, par certains troubles de la miction et de la défécation, ou par quelques accidents dus aux ulcérations de voisinage, comme dans le prolapsus. Des malades atteintes d'inversion ont vécu ainsi 20 et 30 ans et ont succombé ensuite à une affection intercurrente. Les métrorrhagies constituent le phénomène le plus important de la forme chronique. Tantôt elles se montrent d'une façon continue, avec exacerbation au mo-

[1] On a cité quelques observations où, malgré une inversion brusque, la douleur avait fait défaut. (Voyez *Annal. de Gyn.*, 1875, p. 214.)

ment des règles. Dans d'autres circonstances, elles sont seulement menstruelles, et pendant l'intervalle on observe un écoulement plus ou moins purulent. Même dans les cas les plus bénins en apparence, l'hémorrhagie peut devenir grave tout d'un coup. C'est donc là un danger permanent auquel sont exposées toutes les femmes atteintes d'inversion utérine. La locomotion est souvent assez gênée pour forcer les malades à garder le lit ou la chaise longue.

Diagnostic. — Une erreur de diagnostic n'est guère possible dans les cas récents, si les accidents se montrent peu de temps après l'accouchement. Un examen superficiel a pu faire croire, en pareille occurrence, à un deuxième fœtus, à un reste de placenta ; confusions qui ne résistent pas à une recherche attentive.

Si une hémorrhagie abondante se produit quelque temps après la délivrance, on doit penser à la possibilité d'un commencement d'inversion, dont l'état de relâchement des parois abdominales à ce moment permet de constater l'existence par le toucher et le palper combinés.

Dans les cas anciens, on peut confondre l'inversion avec un polype ou avec un prolapsus. Des erreurs de ce genre ont été commises par les plus habiles chirurgiens, et ont eu plusieurs fois pour conséquence la mort des malades[1]. Elles paraissent cependant difficiles à admettre, si on a eu recours à un examen méthodique. On constate d'abord, dans le cas d'inversion, que le globe utérin n'existe plus dans le petit bassin. Cette disposition, appréciée au moyen du palper et du toucher, sera rendue encore plus manifeste si on introduit une sonde dans la vessie, le doigt étant porté un peu haut dans le rectum. La surface de la tumeur, malgré les modifications de la muqueuse, est toujours irrégulière, parsemée de nodosités, jamais lisse comme celle d'un polype.

[1] Barnes, *loc. cit.*, p. 612 et 614.

En outre, on en voit sourdre du sang à l'époque des règles. Dans l'inversion complète, on a pu constater les orifices des trompes, un peu masqués quelquefois par le fait de l'épaisseur de la muqueuse. Quand l'inversion se complique de la présence d'un polype, le diagnostic peut présenter quelques difficultés, toujours possibles à surmonter en recherchant si le fond de l'utérus est à sa place et si la distance qui le sépare de l'orifice externe est conservé.

Ayant constaté l'absence de l'utérus dans l'excavation, on ne peut avoir affaire qu'à une inversion ou à un prolapsus. Dans l'inversion, on trouve à la partie supérieure de la tumeur un bourrelet circulaire. Si celui-ci est situé trop haut pour que le doigt puisse l'atteindre et le circonscrire, un hystéromètre, glissé le long de la tumeur, pénètre dans une espèce de fente dans laquelle il est arrêté en profondeur, mais qu'il peut parcourir circulairement sans difficulté. En outre, la masse herniée présente un aspect extérieur différent dans les deux cas, et celle due à l'inversion n'est pas perforée à sa partie inférieure.

Pronostic. — Nous avons vu que les troubles résultant de l'inversion prenaient quelquefois une marche presque foudroyante, soit par le fait de l'hémorrhagie, soit sous l'influence des accidents syncopaux et nerveux. On a attribué la mort dans ces derniers cas à un arrêt du cœur; hypothèse qui serait en rapport avec ce que nous ont appris certaines expériences physiologiques [1]. En outre, une terminaison funeste peut avoir lieu sous l'influence d'une péritonite, d'un étranglement intestinal, de la gangrène [2].

[1] On arrête le cœur chez les animaux par des excitations (compression ou choc) portées sur l'abdomen. Mais dans toutes ces expériences l'arrêt du cœur n'est que momentané et n'amène pas la mort. (Tarchanoff, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1875, p. 139.)

[2] Sur 109 cas de mort réunis par Crosse à la suite de l'accouchement, 72 fois la mort arriva peu d'heures après les couches, 8 fois une semaine, et

Cependant si l'inversion est réduite à temps, elle guérit le plus souvent. Nous avons vu que quand les malades ont résisté aux dangers des premiers moments, et même dans des cas chroniques ne donnant lieu qu'à des symptômes presque nuls, on doit toujours redouter les hémorrhagies, qui peuvent compromettre l'existence à bref délai. On a observé, à titre d'exception, la réduction spontanée d'utérus en état d'inversion. La ménopause peut diminuer ou faire cesser les accidents. La possibilité de cette terminaison heureuse donne à l'âge une grande importance, quand il s'agit de se décider à intervenir. En outre, l'état de la santé générale, l'existence ou l'absence d'adhérences, jouent un rôle considérable dans le pronostic.

Étiologie. — Pour que l'inversion puisse se produire, il faut que l'utérus soit ramolli et augmenté de volume. Avec un organe dont le tissu serait sain et de consistance normale, cette disposition serait impossible à réaliser. Il est, en outre, nécessaire qu'un agent quelconque modifie la situation du fond de l'utérus, soit en le repoussant, soit en l'attirant. Aussi les observations d'inversion congénitale, signalées par quelques auteurs [1], doivent-elles être considérées plutôt comme des vices de conformation et ne nous semblent pas rentrer dans le cadre de l'affection dont nous nous occupons ici.

Les conditions favorables à ce genre d'accidents se trouvent réunies à leur plus haut degré après l'accouchement [2]. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'inversion a lieu

6 fois un mois après. Si la femme nourrit, les accidents peuvent s'amender pour reparaître ou non après cessation de l'allaitement. Sur 23 cas dans ces conditions, la mort survint une fois au bout de 5 mois, une fois au bout de 8, trois fois au bout de 9 mois, et dans les autres, de 1 jusqu'à 20 ans après l'accident. (Crosse, *Transact. of the prov. med. a surg. ass.*, London, 1845.)

[1] Sims, *loc. cit.*, p. 148.

[2] Crosse, sur 400 cas d'inversion, en a trouvé 350 consécutifs à l'accouchement et 50 dus à des polypes. (Crosse, *loc. cit.*)

dans les premières périodes de la grossesse, vers le quatrième ou le cinquième mois. Elle se montre en général après un accouchement à terme, sous l'influence de l'inertie utérine coïncidant avec un cordon trop court, surtout, a-t-on dit, si la femme accouchait dans la station debout. Plus souvent encore au moment de la délivrance, consécutivement à des tractions opérées sur le cordon, principalement dans des cas d'adhérences anormales du placenta. On comprend, en effet, que l'utérus étant mou, flasque, ne se contractant pas après la parturition, son fond puisse s'affaisser, se déprimer, à la façon d'un fond de bouteille, et que cette disposition soit augmentée par des tractions intempestives.

L'accouchement n'est pas l'unique cause de l'inversion. Une tumeur et surtout un polype, un corps fibreux, peuvent également entraîner le corps de l'utérus à travers le col, soit spontanément, soit à la suite de manœuvres[1]. Les conditions et le processus sont à peu près identiques, dans ces cas, à ce qu'on observe après la parturition, le tissu utérin étant de même ramolli et modifié par le séjour du néoplasme. Ces transformations du parenchyme utérin sous l'influence d'un polype nous expliquent la possibilité de cet accident, même chez une nullipare[2]. En somme, l'inversion, surtout complète, est une affection rare, mais qu'il est important de ne pas méconnaître quand on la rencontre, sous peine des plus graves mécomptes[3].

Traitement. — Dans les cas aigus, on doit chercher à réduire le plus tôt possible. Si cette manœuvre n'a pas été tentée immédiatement, elle devient parfois impossible à

[1] Nous avons déjà signalé des cas d'inversion consécutifs à un sarcome, page 468.

[2] Sims, *loc. cit.*, p. 147.

[3] Il résulte des statistiques réunies par Beigel qu'on la rencontre 1 fois sur 190,000 accouchements. (Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 318.)

obtenir pendant les premiers jours qui suivent l'accident et sera plus facilement praticable au bout de trois ou quatre jours. Quand le placenta est adhérent, on doit le décoller avant de réduire. Dans le cas d'une hémorrhagie abondante on tenterait la compression de l'aorte. Lorsque l'inversion est incomplète, le fond de l'utérus doit être repoussé avec le doigt, ou si celui-ci n'est pas assez long, avec un instrument mousse quelconque[1]. Plus l'affection sera de date récente et plus on aura de chance de réussir. Il ne faudrait pas croire, cependant, que cette condition soit indispensable, et on a cité des cas de réduction après 12, 13, 15 et 22 ans de date[2].

Pour opérer la réduction, on place la malade dans le décubitus dorsal. Si les manipulations sont trop douloureuses, on la soumet aux inhalations de chloroforme. La vessie et le rectum étant préalablement vidés, les doigts de la main droite réunis en cône et recouverts d'une compresse pousseront par leurs extrémités le fond de l'organe inverti, l'autre main opérant une contre-pression à travers les parois abdominales pour empêcher la déchirure des tissus qui unissent l'utérus au vagin. Après que la réduction sera obtenue, on fera des injections froides, la malade gardera le repos absolu dans la position horizontale.

Sims[3] divise l'opération en deux temps, dont le premier consiste à faire remonter le corps de l'utérus dans le col, et le second à comprimer le fond latéralement en enfonçant le pouce dans la corne utérine, de façon à faire glisser à la fois seulement la moitié de l'organe par l'orifice interne, au

[1] Depaul, *Mémoire sur l'inversion de l'utérus* (*Archives de tocologie*, 1879, p. 209).

[2] Sims, *loc. cit.*, p. 150, et Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 526.

[3] Sims, *loc. cit.*, p. 160.

lieu du fond tout entier qui présente un plus gros volume. On ne doit pas continuer les manipulations pendant plus de 30 minutes de suite, et attendre un certain nombre de jours avant de recommencer. Courty, au lieu de pratiquer la contre-pression abdominale, saisit le col en dedans des ligaments de Douglas avec deux doigts recourbés introduits dans le rectum, et avec l'autre main repousse le fond dans la direction du pubis, en le refoulant latéralement avec le pouce, comme le conseille Sims.

On peut également obtenir la réduction au moyen de certains pessaires élastiques en forme de stéthoscope, qui, maintenus par un bandage en T, pressent d'une façon continue sur la partie centrale de l'organe déplacé[1]. On a aussi employé avec succès le pessaire Gariel, et réussi dans des cas datant de plusieurs mois[2] et même de plusieurs années (6 ans). On doit aider l'action du pessaire en malaxant la tumeur matin et soir pendant dix minutes avec la main introduite dans le vagin. Cette manœuvre ne sera utilisée que dans les cas chroniques où il est souvent nécessaire de pratiquer préalablement quelques incisions superficielles au niveau du col, et de faire des pansements avec des suppositoires belladonés[3].

Quand le fond de l'utérus est fixé par des adhérences et que la réduction n'est plus possible, les modes de traitement à appliquer sont essentiellement différents. Selon l'âge et l'état général de la malade, ils seront palliatifs ou curatifs. Comme moyens palliatifs, on aura recours à l'ergot de seigle à l'intérieur pour tâcher de parer aux dangers des

[1] Barnes, *loc. cit.*, p. 625.

[2] Courty, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1878, t. LXXXVI, p. 1425.

[3] Gaillard-Thomas propose l'ouverture de l'abdomen, comme pour l'ovariotomie, et la réduction après dilatation du col au moyen d'instruments introduits par la plaie abdominale.

hémorrhagies. On doit chercher aussi à modifier la muqueuse par des cautérisations avec l'acide nitrique, le perchlorure de fer, la teinture d'iode ou l'application de pâte de Canquoin.

Les procédés curatifs sont l'excision, la ligature simple ou élastique, la ligature suivie d'excision. L'excision seule est un mauvais moyen, sur lequel nous n'insisterons pas. La ligature élastique consiste à appliquer sur le pédicule de la tumeur légèrement attirée à la vulve, un tube en caoutchouc dont les deux bouts sont liés par un fil. Puis on la refoule dans le vagin. Le lendemain on répète la même manœuvre, en serrant le tube autant que possible sans en amener la rupture. Si la douleur était trop vive, on desserrerait un peu la ligature. La malade doit garder le repos absolu au lit. En même temps, pour empêcher les accidents de putridité, on fera de fréquentes injections avec une solution de coaltar ou d'iode, et des badigeonnages avec le perchlorure de fer. Le premier jour on administre toutes les deux heures à l'opérée une pilule d'extrait thébaïque d'un centigramme, ou bien on pratique quelques injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. L'alimentation doit être légère et composée de purée de viande, de lait, de vin. Vers le huitième jour on peut donner, de quatre en quatre heures, une cuillerée à café d'huile de ricin, pour débarrasser l'intestin et éviter tout effort de défécation. Du huitième au quatorzième jour la tumeur tombe.

La ligature au moyen du serre-nœud (proposée par Courty), terminée par la section du pédicule quand on suppose que des adhérences se sont établies, est un procédé à peu près analogue à celui décrit par Schrœder sous le nom de ligature suivie d'excision qui, d'après la statistique publiée par ce dernier auteur, serait le mode de traitement le

plus souvent accompagné de succès[1]. Avec cette méthode, il faut également chercher à momifier la surface de la tumeur par des applications d'acide phénique ou de perchlorure de fer, pendant tout le temps qui s'écoule depuis la ligature jusqu'au moment de la section.

[1] Les 69 cas réunis par lui donnent les résultats suivants :

	NOMBRE DE CAS	GUÉRISON	MORT
Excision seule.	14	6 (43 p. 100)	8 (57 p. 100)
Ligature seule.	26	19 (73 p. 100)	7 (27 p. 100)
Ligature suivie d'excision. . .	29	24 (83 p. 100)	5 (17 p. 100)
TOTAL.	69	49	20

(Schrœder, *loc. cit.*, p. 209.)

QUATRIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES OVAIRES, DES TROMPES ET DES LIGAMENTS LARGES

ANATOMIE DE L'OVAIRE

Les ovaires, ordinairement au nombre de deux (fig. 130[1]), sont situés de chaque côté de l'utérus, dans l'aileron postérieur du ligament large (fig. 130, L), dont le moyen contient la trompe et l'antérieur le ligament rond. Il est relié à l'utérus par le *ligament utéro-ovarien* également désigné sous le nom de *ligament de l'ovaire* (fig. 130, LO), qui présente quelquefois une disposition double. Un petit espace fibreux ou *ligament tubo-ovarien* (*fimbria ovarica* de quelques auteurs) (fig. 130, F), l'unit à la trompe. Cette région si restreinte de l'appareil ovario-tubaire joue un rôle considérable au point de vue de la fécondation et de la progression de l'ovule. On y observe une disposition frangée qui n'est pas constante et n'existe souvent qu'au voisinage du pavillon.

[1] Nous verrons plus tard, à propos des anomalies, que les recherches les plus récentes ont montré la fréquence relative des ovaires surnuméraires. Beigel en a rencontré 23 fois sur 500 autopsies. (*Pathologische Anatomie der weiblichen Unfruchtbarkeit*, etc., von Hermann Beigel. Braunschweig, 1878, p. 42.)

Les dimensions de l'ovaire subissent quelques-unes des mêmes influences que l'utérus, augmentant pendant la grossesse, diminuant après la parturition. Ces proportions sont du reste très variables d'un sujet à l'autre et passent du volume d'un haricot à celui d'une amande et même plus, sans qu'il y ait à proprement parler atrophie ou hypertrophie, et sans donner lieu à aucune manifestation, ni à aucune différence appréciable pendant la vie de la femme. Les diamètres moyens des ovaires sont de 3 à 4 centimètres de long, 2 de large et 1 1/2 d'épaisseur. Leur poids, de 6 à 8 grammes en moyenne, suit évidemment les mêmes variations que leur volume. Ces organes présentent, le plus souvent, une forme ovoïde aplatie d'avant en arrière, d'autres fois cylindrique, sphérique, ou polyhédrique, et une couleur blanchâtre.

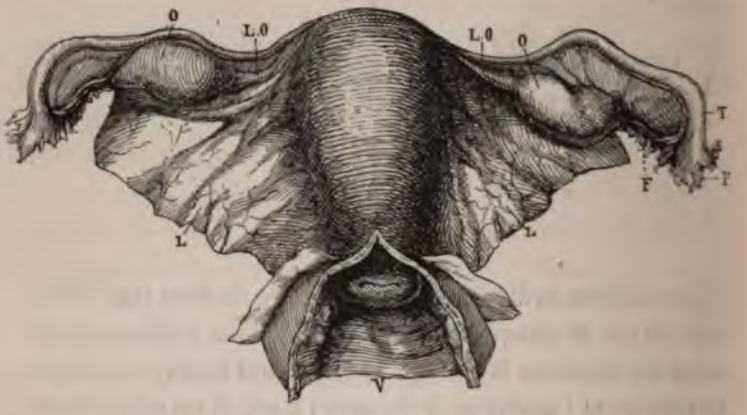


Fig. 130. — Utérus et ses annexes (face postérieure).

OO. Ovaires. — L O. Ligament utéro-ovarien. — F. Ligament tubo-ovarien (*fimbria ovarica*). T. Trompe. — P. Pavillon de la trompe. — L L. Ligaments larges. — V. Vagin.

Les vaisseaux et les nerfs pénètrent par le bord inférieur ou *hyle*. Les artères proviennent d'un tronc commun à elles et à celles du corps de l'utérus ou *artères utéro-ovariennes*.

Elles présentent une disposition flexueuse, hélicine dans le tissu ovarien lui-même, et une longueur remarquable, puisqu'elles se détachent directement de l'aorte au niveau des rénales.

Les veines se rendent dans la veine cave, directement à droite, et par l'intermédiaire de la veine rénale à gauche. Elles s'unissent à beaucoup de veines utérines et peuvent également prendre le nom d'*utéro-ovariennes*. Les vaisseaux lymphatiques suivent à peu près le même trajet que les artères, les veines et les nerfs. Ces derniers proviennent principalement du plexus rénal.

Le péritoine ne revêt pas la surface de l'ovaire, ainsi qu'on l'avait cru pendant longtemps, et la ligne de démarcation entre la séreuse et l'épithélium ovarien forme un liséré blanchâtre, souvent visible à l'œil nu, chez la femme, si les pièces sont fraîches.

On divise l'ovaire, au point de vue de l'anatomie macroscopique, en deux couches, *corticale* et *médullaire*. Les rapports de ces deux couches entre elles varient selon l'âge du sujet. Ainsi, chez le fœtus de 3 à 4 mois, comme nous le verrons plus tard, la zone médullaire n'est représentée que par le pédicule qui soutient l'ovaire, uniquement formé à cette époque par ce qui sera ensuite la portion corticale. A l'âge de 6 à 7 ans, les deux se partagent à peu près à parties égales. Plus la femme vieillit et plus la couche médullaire progresse, si bien que chez les sujets très avancés en âge c'est elle qui forme la presque totalité de l'organe. Pour bien comprendre la structure et les rapports des différents tissus ovariens et des éléments qui les constituent, il est nécessaire d'avoir recours à l'étude histologique.

Histologie. — Si on étudie la coupe d'un ovaire de femme adulte pendant la période d'activité génitale, on distingue

d'abord, tout à fait extérieurement, une couche épithéliale unique formée de petites cellules cylindriques aplaties. Au-dessous de cet épithélium de revêtement, une zone de tissu conjonctif, dont les fibres entrecroisées, très serrées les unes contre les autres, contiennent un assez grand nombre de petits éléments cellulaires. Cette mince couche, très résistante, a été décrite sous le nom d'*albuginée de l'ovaire.* Elle se continue sans ligne de démarcation avec le tissu sous-jacent, qui possède à peu près la même structure, avec cette seule différence qu'il est moins dense et qu'il contient les follicules primordiaux. Plus on se rapproche de la substance médullaire et plus les follicules sont développés, de sorte que les plus petits sont toujours les plus superficiels. C'est en écartant et repoussant les tissus, qu'ils viennent peu à peu faire saillie à la surface de l'organe.

On décrit généralement au follicule de Graaf (fig. 131) deux couches, l'*externe* et l'*interne*. Ce sont ces expressions de couche externe et couche interne, interprétées différemment par les auteurs, qui ont jeté si souvent de la confusion dans les descriptions, surtout, comme nous le verrons bientôt, en ce qui concerne l'évolution des corps jaunes. On a aussi appelé la couche externe *tunique fibreuse* et l'interne *tunique propre*. Enfin Slawianki, ayant imprégné d'argent, au moyen du procédé de Debove, les parois folliculaires, a vu un revêtement endothélial sous-épithélial, admis déjà par Kölliker, et lui a donné le nom de *membrane propre*. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de décrire avec beaucoup de détails ces différentes parties du follicule. La *couche externe* (fig. 131, *a*) est impossible à limiter d'avec le reste du stroma ovarien, dont elle ne diffère que par la plus grande laxité de ses fibres et sa plus grande richesse en éléments cellulaires. C'est dans cette région que se fait la séparation des tissus quand on énuclée un follicule.

La *couche interne* (fig. 131, *b*) présente une structure réticulée comparable au tissu caverneux des ganglions lymphatiques. On rencontre dans ses mailles, de nombreuses cellules de forme et de dimension variées, qui deviennent

Fig. 131. — Coupe d'un follicule de Graaf de la femme adulte (gross. de 40 diam.).

a. Couche externe du follicule. — *b*. Couche interne. — *d*. Membrane granuleuse. — *e*. Cumulus proliger. — *l*. Liquide albumineux coagulé (liquor folliculi). — *o*. Ovule. — *c*. Coupe des vaisseaux sanguins.

les grosses cellules appelées par Robin *cellules de l'ovariule*, sur lesquelles nous aurons à revenir à propos de la formation des corps jaunes. His a démontré depuis longtemps la richesse lymphatique du tissu périfolliculaire. Waldeyer, ayant injecté dans la jugulaire d'un lapin de la poudre de vermillon, a vu des particules colorées en très grande abondance dans les cellules de la couche interne. Jamais une seule n'a été observée dans la cavité folliculaire elle-même.

Le follicule est pour ainsi dire plongé dans un vaste sac lymphatique cloisonné, disposition qui paraît être très favorable aux phénomènes de nutrition. Nous savons, en effet, que le système lymphatique est le principal laboratoire où

ont lieu les nombreux échanges qui constituent la vie des éléments organiques[1].

En somme, il ne faut jamais oublier, quand on lit les descriptions minutieuses des diverses parties de l'ovaire, que l'albuginée, la tunique fibreuse, la tunique propre, ne sont autre chose que du tissu conjonctif provenant du stroma et plus ou moins modifié selon les points qu'on observe.

La face interne du follicule est tapissée, comme nous l'avons déjà dit, par un revêtement endothélial. En dedans de l'endothélium, on rencontre l'épithélium folliculaire, dont les nombreuses couches forment ce que l'on désigne sous le nom de *membrane granuleuse* (fig. 131, *d*). Cette masse cellulaire présente sur un point un épaississement qui environne l'ovule (fig. 131, *o*) de toute part et qu'on appelle le *cumulus proliger* (fig. 131, *e*). Enfin, la partie centrale de la cavité est occupée par un liquide albumineux (*liquor folliculi*) (fig. 131, *l*). Ce liquide paraît être un produit complexe, formé par l'exsudation d'une légère quantité de sérum et par la destruction et la dégénérescence d'un certain nombre de cellules de la membrane granuleuse.

On a beaucoup discuté sur la position qu'occupe l'ovule dans le follicule, les uns l'ayant rencontré profondément situé, quand d'autres l'avaient vu rapproché de la surface. Il y a là certainement des différences, selon l'âge et le degré du développement. Nous croyons, en outre, d'après les faits observés dans différentes espèces animales, que sa situation est variable.

L'ovule humain (fig. 132), arrivé à maturité, possède en-

[1] Dans un travail publié en 1874, sur les lymphatiques de l'ovaire, Exner dit qu'en piquant l'ovaire et y poussant une injection, il a pu suivre le liquide injecté jusque dans le canal thoracique. D'après lui, l'injection ne passe pas, comme pour les tendons, entre les faisceaux de tissu conjonctif, mais entre chaque fibrille, comme l'huile dans la mèche d'une lampe. (Voyez Exner, *Wien. Acad. Sitzungsber.*, 1874, *et Centralblatt f. M.*, 1875, p. 492.)

viron 0,2 millimètres. La vésicule germinative, de 0,04 à 0,05. La tache germinative, de 0,006 à 0,007 [1].

Fig. 132. — Coupe de l'ovule et du follicule de Graaf du lapin (gross. de 380 de diam.).

a. Fibres conjonctives. — *b*. Cellules conjonctives ou lymphatiques. — *c*. Coupe de vaisseaux. — *d*. Membrane granuleuse. — *e*. Cellules radiées entourant l'ovule. — *f*. Zone pellucide. — *g*. Vitellus. — *v*. Vésicule germinative. — *t*. Tache germinative.

L'ovule se compose, de dehors en dedans :

1° De la zone pellucide (fig. 132, *f*).

2° Du vitellus (fig. 132, *g*).

3° De la vésicule germinative (fig. 132, *v*).

4° D'une ou de plusieurs taches germinatives (fig. 132, *t*) et, à côté de cette tache, d'autres plus petites, ou corpuscules pseudo-nucléaires de Van Béneden (Ed.) [2].

[1] Les histologistes prennent comme unité de mesure pour les éléments anatomiques, le millième de millimètre, qu'ils figurent par la lettre grecque (μ). Cette unité de mesure facilite beaucoup les descriptions. Nous croyons cependant qu'il est préférable, pour ceux qui ne font pas de l'histologie une étude spéciale, au lieu de chercher à se fixer dans la mémoire des chiffres exacts, de ramener les dimensions des principaux éléments de l'ovule au millimètre.

On se souvient sans peine que l'ovule humain mesure des dixièmes de millimètre, la vésicule germinative des centièmes et la tache germinatrice des millièmes.

[2] *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1875.

5° D'un corpuscule découvert par Balbiani, et auquel cet auteur fait jouer un rôle important dans les premières phases du développement[1].

La zone pellucide est un produit secondaire résultant de la soudure des plateaux des cellules épithéliales qui entourent l'ovule (fig. 132, *e*, *f*). D'où l'aspect radié de cette zone, que l'on peut bien observer pour quelques espèces animales, les jeunes ovules de la souris ou du lapin par exemple, au moyen de l'acide osmique[2].

L'existence de nombreuses fibres musculaires dans le stroma ovarien a été admise par beaucoup d'auteurs, rejetée par d'autres. Au moyen de la purpurine, qui colore fortement en rose les muscles lisses et n'a pas d'action sur le tissu conjonctif, nous avons pu nous assurer que, pour l'ovaire humain, les fibres musculaires ne se rencontrent guère que dans la couche médullaire ou dans les parois des vaisseaux. L'action de soi-disant faisceaux musculaires situés autour du follicule et dont la contraction contribuerait à sa déhiscence, comme on l'a avancé, n'est pas admissible, au moins chez la femme.

Étudions maintenant ce que devient le follicule arrivé à un certain degré de développement. Coste avait déjà vu que quoique en général, après la période du rut chez les animaux, on trouve un certain nombre de follicules déchirés, dans certains cas ces follicules mûrs disparaissent sans avoir expulsé leur contenu. Ce mode de disparition ou d'*atrésie* a été décrit dans tous ses détails histologiques par

[1] Balbiani, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1874, p. 1594.

[2] Certains détails histologiques sont rarement possibles à constater chez la femme, à cause de la difficulté de se procurer des objets d'étude suffisamment frais, quoique les opérations d'ovariotomie rendent ces occasions plus fréquentes. Nous ne nous étendrons pas davantage sur les granulations du vitellus, sur l'action des différentes matières colorantes relativement aux diverses parties constituantes de l'ovule. Ce sont là des questions de technique que nous n'avons pas l'intention d'aborder dans ce Manuel.

Slawianski (de Saint-Pétersbourg), soit chez la femme adulte, soit chez l'enfant. Il résulte des nouvelles recherches que nous avons faites sur ce sujet dans ces dernières années[1], que, par l'examen histologique d'une cicatrice folliculaire, on pouvait savoir si l'ovule avait été ou non expulsé, et si après avoir été expulsé il avait été ou non fécondé. Nous n'entrerons pas ici dans les détails que comporte cette description, dont nous chercherons seulement à résumer les traits principaux. C'est dans les parties centrales du corps jaune, vrai ou faux[2], qu'on cherchera la preuve de l'expulsion de l'ovule. C'est dans les couches périphériques qu'on pourra juger s'il y a eu ou non fécondation. Quand l'ovule a été expulsé, on observe dans la cicatrice, avec quelques différences selon l'époque à laquelle remonte la déchirure, un tissu conjonctif fibreux, dense, pauvre en éléments cellulaires, véritable tissu cicatriciel. Si l'ovule n'a pas été expulsé, au lieu de ce tissu fibreux cicatriciel, on trouve une formation de tissu conjonctif muqueux, riche en cellules, souvent à formes étoilées, irrégulièrement accompagnées de rares fibres conjonctives. En outre, dans le cas d'atrésie, on rencontre quelquefois au centre de la cavité, des restes de l'ovule représentés par la membrane pellucide plus ou moins déformée.

Lorsqu'il y a eu fécondation, c'est la partie périphérique du corps jaune, constituée par l'hypertrophie de la couche réticulée (couche interne ou tunique propre des auteurs), qui devient caractéristique. Et ce n'est pas seulement le follicule récemment déchiré qui subit ces modifications, mais encore ceux qui sont en voie d'atrésie, et même d'autres à peu près mûrs et parfaitement normaux. Ce qui

[1] *Bulletins de l'Académie des sciences*, 1877.

[2] On a désigné le corps jaune de la grossesse sous le nom de *corps jaune vrai*, par opposition au *corps jaune faux* qu'on observe dans l'état de vacuité.

nous a permis de dire que, chez la femme, la gestation imprime aux ovaires un cachet tout spécial, qui ne se localise pas au dernier follicule déchiré et qu'on observerait peut-être encore dans des organes plus éloignés ou sur des cicatrices évoluant en d'autres points.

C'est aux granulations réfringentes plus ou moins colorées, libres ou contenues dans les cellules, que le corps jaune doit son nom. On n'est pas encore tout à fait d'accord sur l'origine de ces grandes cellules, déjà bien décrites et figurées par M. Robin dans son Mémoire de 1848. Il est certain qu'elles ne proviennent pas des éléments de la membrane granuleuse. Nous les considérons comme des cellules lymphatiques plus ou moins augmentées de volume. Nous avons pu suivre sur des coupes très minces de corps jaunes au début de leur formation, tous les intermédiaires entre les globules lymphatiques ordinaires et les cellules géantes[1]. Nous serions portés à admettre, sans cependant pouvoir l'affirmer, que toutes les cellules géantes n'ont pas la même signification, et qu'un certain nombre d'entre elles sont des cellules vaso-formatrices en voie d'évolution. Mais cette idée ne représente qu'une simple hypothèse, que de nouvelles recherches pourront seules démontrer d'une façon certaine.

Coste, et tous les auteurs à sa suite, ont dit que le corps jaune de la grossesse atteignait le maximum de son développement du troisième au quatrième mois de la gestation. Cette opinion peut être vraie jusqu'à un certain point, si on se contente d'un examen à l'œil nu. Mais elle est absolument erronée si on étudie plus attentivement ce qui se passe,

[1] Quand on injecte un corps gras émulsionné dans la cavité péritonéale, les cellules lymphatiques s'en emparent en augmentant considérablement de volume. C'est peut-être ainsi que les choses se passent, au moins en partie, pour les grosses cellules du corps jaune.

au point de vue histologique. En effet, la couche réticulée, dont l'hypertrophie caractérise le corps jaune de la grossesse, va toujours s'épaississant de plus en plus, si bien qu'à trois mois elle est à peu près égale à la couche fibreuse. Vers six mois, cette dernière ne forme plus que le tiers environ de la masse totale du corps jaune [1]. Enfin, chez la femme à terme, le tissu fibreux n'est plus représenté que par un petit noyau central, et les trois quarts du corps jaune sont constitués alors par le tissu lymphatique contenant de nombreuses cellules géantes [2].

DÉVELOPPEMENT DE L'OVAIRE [3]

Dans les premières périodes de la vie embryonnaire, vers le quatrième jour de l'incubation pour le poulet, on voit se former à la partie antérieure du corps de Wolff un épaississement de l'épithélium (fig. 133, *c*). En même temps, au-dessous de cet épaississement, se développe sur le même

[1] Nous n'avons jamais vu dans le corps jaune de la grossesse ces espèces de circonvolutions fibreuses observées chez la femme à l'état de vacuité. Cette différence peut s'expliquer, nous semble-t-il, de la façon suivante.

Immédiatement après les règles, l'ovaire diminue de volume sous l'influence de la cessation de la congestion. Par là même, le retrait des tissus est plus brusque et produit ces sortes de bourrelets internes, en comprimant en tous sens la néoformation conjonctive. Au contraire, pendant la grossesse, la congestion de l'ovaire continuant, le retrait du tissu est lent, les bords de la couche fibreuse restent rectilignes et se soudent ainsi dans toute leur étendue pour oblitérer la cavité.

[2] Les grosses cellules du corps jaune n'ont, par elles-mêmes, rien de spécifique, et on peut les rencontrer en petit nombre et isolées en dehors de la grossesse, et sur différents points de l'ovaire. Ces faits, déjà signalés par M. Robin, ont été de nouveau mis en lumière dans un travail tout récent de M. Lebedinski (de Saint-Pétersbourg) (*Zur Lehre von der Atresie des Graaf'schen Follikels. Centralblatt für Gynäkologie*, 1879, p. 110.) Ce n'est que par leur réunion en très grande abondance dans la couche lymphatique du follicule que les cellules géantes constituent un caractère de l'ovaire pendant la gestation.

[3] Nous avons un peu modifié pour l'ovaire, l'ordre que nous avons suivi pour les autres régions. C'est ainsi que nous étudions le développement avant les propriétés physiologiques. Celles-ci seront plus faciles à comprendre quand on connaîtra l'embryologie de ces organes.

point un bourgeon de substance conjonctive. Parmi les cellules cylindriques qui constituent la plus grande partie de la masse épithéliale appelée par Valdeyer *épithélium germinatif*, on en observe quelques-unes plus volumineuses, arrondies, munies d'un gros noyau. Ces éléments sont désignés sous le nom d'*ovules primordiaux*.

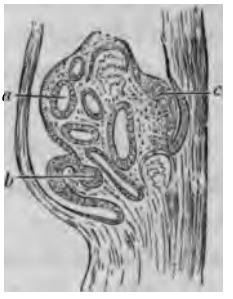


Fig. 133. — Coupe du corps de Wolff montrant les premiers rudiments de l'ovaire et du canal de Müller (d'après Waldeyer) (gross. de 100 diam.).

a. Coupe des canalicules des corps de Wolff. — b. Formation du canal de Müller. — c. Épaississement de l'épithélium germinatif contenant les ovules primordiaux.

Pour bien étudier les premières phases de ce développement chez l'homme, Waldeyer conseille de choisir un embryon d'environ 9 centimètres[1]. Sur un fœtus de 3 à 4 mois, l'ovaire est presque exclusivement constitué par ce qui sera plus tard la substance corticale. La substance médullaire, formée par des vaisseaux et du tissu conjonctif embryonnaire, présente, sur les coupes transversales, l'apparence d'un pédicule isolé de la substance corticale, avec laquelle il ne communique que par un espace assez limité. Dans ces ovaires, on trouve des cellules de grandeur et d'aspect différents. Les unes petites, d'autres beaucoup plus grandes avec un gros noyau ou ovules primordiaux. Ces éléments

[1] D'après ce que nous avons observé, un embryon humain de 9 centimètres de longueur, qui correspond au troisième mois, serait déjà trop développé pour servir à l'étude de ces premières phases.

sont réunis en petits groupes, irrégulièrement séparés les uns des autres par de minces travées de tissu conjonctif et quelques vaisseaux embryonnaires. Les amas cellulaires les plus externes communiquent largement avec l'épithélium de la surface ou épithélium germinatif, formé aussi, comme nous l'avons déjà vu, de deux sortes d'éléments.

Déjà, à cet âge, on voit que les ovules les plus développés sont, la plupart du temps, situés le long des vaisseaux, mais on n'observe pas encore de follicules primordiaux. Dans le tissu conjonctif embryonnaire qui forme le pédicule, on rencontre les canalicules du corps de Wolff, dont l'épithélium cylindrique est plus grand et plus allongé que celui qui revêt la surface de l'organe ovarien.

A 5 mois, l'ovaire présente de nouvelles modifications importantes. Les travées de tissu conjonctif, plus épaisses et plus abondantes, limitent bien nettement les espèces d'utricules connus sous le nom d'utricules ou *tubes de Pflüger* ou *de Valentin*, et que quelques anatomistes ont appelés *cordons glandulaires* (fig. 134, *bb*). On peut, à cet âge, étudier parfaitement la formation des follicules primordiaux par étranglement des tubes[1]. On observe aussi des follicules primordiaux complètement isolés, dans lesquels se distingue très nettement l'ovule avec sa vésicule et sa tache germinatrice, entouré d'une rangée de cellules épithéliales et d'une couche limitante de tissu conjonctif.

A 7 mois, l'ovaire ne diffère guère de ce qu'il est chez l'enfant à terme. Les follicules primordiaux isolés sont beaucoup plus nombreux qu'au cinquième mois, et les travées conjonctives plus épaisses. Nous n'avons jamais trouvé, dans les 7 ou 8 cas que nous avons examinés à cet âge, de

[1] On voit d'après ces faits qu'à une des phases de la vie embryonnaire, l'ovaire humain a une disposition qui peut être rapprochée des *tubes ovariens* de certaines espèces animales adultes.

follicules dépassant la limite des follicules primordiaux, pour revêtir l'aspect des follicules de de Graaf[1]. D'autres anatomistes, en particulier Raciborski, ont rencontré des follicules parfaitement formés et visibles à l'œil nu sur des fœtus de 7 mois. La divergence qui existe entre les faits

Fig. 134. —Coupe de l'ovaire d'un enfant mort-né à terme (gross. de 200 diam.).

a a. Épithélium germinatif de la surface de l'ovaire se contenant directement avec. — *b b*. Les tubes de Pflüger; un de ces tubes contient un ovule *o*, sur lequel on distingue la vésicule germinative *s* et la tache germinative *p*. — *c*. Tissu conjonctif jeune.

que nous avons observés et ceux signalés par Raciborski ne nous surprend nullement, vu les différences individuelles qui se présentent si fréquemment, dans l'ovaire, à toutes les époques de la vie.

Au moment de la naissance, on trouve encore à la sufrace de l'ovaire l'épithélium germinatif composé de ses deux espèces de cellules. Mais, à cette époque, les cellules rondes

[1] Nous avons employé déjà plusieurs fois l'expression de follicule primordial, follicule de Graaf, sans expliquer le sens précis que nous attachons à ces dénominations. Nous désignons sous le nom de *follicule primordial* celui où l'ovule n'est entouré que par une seule couche de cellules épithéliales, et sous celui de *follicule de Graaf* celui qui possède plusieurs couches de cellules épithéliales (membrane granuleuse), limitant une cavité remplie de liquide.

deviennent beaucoup plus rares. Les tubes ovariens, anastomosés entre eux, sont, pour la plupart, séparés de l'épithélium externe (fig. 134, *aa*) par une mince couche de tissu conjonctif (fig. 134, *c*). Cependant on en voit encore quelques-uns sur lesquels on constate très nettement la communication directe entre l'épithélium germinatif (fig. 134, *aa*) et leur contenu (fig. 134, *bb*[1]). La persistance de cette disposition anatomique a même été observée chez l'adulte[2], et on a voulu lui attribuer un rôle, très exagéré à notre avis, dans la pathogénie des kystes de l'ovaire.

PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE ET DE LA MENSTRUATION

Après avoir été méconnu par les anciens, le rôle de l'ovaire dans la menstruation a été regardé comme secondaire jusqu'à il y a peu d'années. A la suite des travaux de Négrier, Gendrin, Coste, Bischoff et tant d'autres, qui démontrèrent qu'ordinairement à chaque époque menstruelle il y a rupture d'un ou plusieurs follicules de Graaf, l'importance de l'ovaire devint prépondérante. Il est vraiment sur-

[1] Tous les embryologistes ne sont pas d'accord aujourd'hui sur cette question de la production des ovules, limitée uniquement à la phase embryonnaire, et admettent que de nouveaux ovules peuvent se développer pendant la vie extra-utérine. Cette dernière opinion a été encore formulée dans ces derniers temps par Balbiani et par Kölliker. (Voyez Balbiani, *loc. cit.*, p. 775, et Kölliker, *Entwickelungsgeschichte*, Leipzig, 1879, p. 969.) L'origine commune des ovules et des éléments de la membrane granuleuse aux dépens de l'épithélium germinatif, admise par Waldeyer, a été niée par d'autres. Balbiani, après en avoir longtemps douté, partage aujourd'hui l'opinion de Waldeyer (Balbiani, *loc. cit.*, p. 783), qui n'est pas encore celle de His et de Kölliker. Ce dernier observateur a été amené à des conclusions opposées, par ses recherches sur l'ovaire de la chienne. (*Entwickelungsgeschichte*, 1879, p. 970. — Voyez His, *Untersuchungen über das Ei und die Entwickelung bei Knochenfischen*, *Zeitschr. f. Anat. u. Entw.*, Bd. I, Leipzig, 1877.)

[2] Slawianski, *Bulletins de la Société anatomique*, 1873, p. 844. — Koster, Amsterdam, 1873, *Anal. dans le Jahresb.*, 1873, t. I, p. 52, et Balbiani, Cours professé au Collège de France, et publié dans la *Revue internationale des sciences*, 1878, p. 776.

prenant qu'on ait si promptement érigé en théorie générale, une loi qui souffre tant d'exceptions, au dire même de ses fondateurs et de Coste en particulier[1]. On a donc pensé, et beaucoup d'auteurs croient encore aujourd'hui, que le point de départ de chaque menstruation réside dans la maturation d'un follicule[2].

Pflüger admet que l'hémorrhagie menstruelle est un acte réflexe, provenant de l'excitation des extrémités terminales de certains nerfs, consécutivement à la pression produite par le follicule distendu. Quand ces excitations accumulées ont atteint leur summum, il y aurait une action sur le système nerveux central, qui amènerait la congestion des organes génitaux par effet réflexe. Cette théorie ne pouvait pas résister aux faits démontrant que, même chez l'enfant, le follicule atteint les dimensions de son état de maturité le plus complet sans provoquer d'écoulement menstruel.

Les observations de ce genre se sont multipliées, et nous avons eu nous-même plusieurs fois l'occasion de montrer des cas, où il y avait eu déchirure des follicules, chez des femmes non menstruées depuis longtemps ou qui ne l'avaient jamais été[3]. Et inversement, d'autres où la menstruation avait continué, quoique les ovaires ne présentassent aucune

[1] Coste, *Histoire du développement des corps organisés*, t. I, p. 187.

[2] Le mémoire de Négrier d'Angers a été, surtout chez nous, la base de la théorie ovarienne de la menstruation. Le mérite de Négrier consiste à avoir démontré, par des faits bien observés, qu'un follicule de Graaf peut se rompre et expulser son ovule, chez la femme, sans l'intervention de rapprochements sexuels; c'est là l'ovulation spontanée. Mais en ce qui concerne l'évolution des follicules et leur maturation périodique, on s'aperçoit facilement que l'auteur a confondu les états *d'involution* folliculaire avec les diverses phases de *l'évolution*. Ainsi ce qu'il appelle les bourses grises et les bourses jaunes ne sont, comme on peut s'en assurer par l'examen de ses planches, que des restes de follicules atrésiés ou déchirés. Nous n'insistons pas davantage sur ces faits, bien observés, mais mal interprétés par Négrier. Ils frapperont tous ceux qui liront son Mémoire, s'ils possèdent les notions qui sont aujourd'hui classiques sur la structure de l'ovaire.

[3] *Annales de Gynécologie* et *Société de Biologie*, 1877

trace de rupture folliculaire[1]. Chez une femme opérée d'une ovariotomie double depuis quatre ans par M. Terrier, dont les pièces anatomiques avaient été examinées par M. Malassez et par nous, les règles avaient reparu et continuaient comme auparavant, malgré l'ablation des deux ovaires[2]. On a voulu voir dans ces cas des épistaxis utérines (Gubler), mais, quand l'écoulement de sang revient tous les mois à la même époque et dure 4 à 5 jours, ce sont bien là de vraies règles.

En 1875, Goodmann[3] a réuni dans un mémoire 27 observations d'ovariotomies doubles, dont 10 dans lesquelles la menstruation ne fut nullement influencée par l'opération. Déjà en 1866, Storer[4] avait cité des cas de flux cataménial persistant malgré l'absence des ovaires[5]. Aujourd'hui on est bien revenu de la théorie ovarienne exclusive de la menstruation. Beigel, en Allemagne, a soutenu, en s'appuyant sur un grand nombre de faits, l'indépendance des deux fonctions que l'on regarde encore, en général, comme les deux termes de la même. Barker[6] a constaté des grossesses trois et quatre ans après la cessation des règles, on a même vu la fécondation avoir lieu dix ans après la ménopause. Nous savons par conséquent que l'ovulation persiste après la menstruation[7].

Quelques auteurs sont allés plus loin, nous dirons même

[1] *Société de Biologie* et *Archives de Physiologie*, 1876, p. 807.

[2] De nouveaux cas de ce genre ont été publiés par MM. Terrier et Pozzi, *Société de Chirurgie* et *Ann. de Gyn.*, 1879, p. 154.

[3] Goodmann, *Richmond and Louisville Med. Journ.*, 1875, et *Ann. de Gyn.*, 1876, p. 231 et 363.

[4] *Archives de physiologie*, 1868, page 376.

[5] Nous devons rappeler aussi qu'Aran, au moment où la théorie ovarienne de la menstruation était dans toute sa puissance, avait été amené par son observation personnelle à admettre l'indépendance des deux fonctions. (Aran, *loc. cit.*, p. 285.)

[6] Barker, *Philadelph. Med. Times*, 1873, et *Jahresb.*, 1874, t. II, p. 728.

[7] Barié, *Étude sur la ménopause*, thèse de doctorat, Paris, 1877.

un peu trop loin, en affirmant, comme Reves Jackson[1], que les ovules peuvent être expulsés des ovaires à toutes les périodes de la vie de la femme, depuis la plus tendre enfance jusqu'à la vieillesse, aussi bien avant la puberté qu'après la ménopause. Pour Scanzoni et Mayerhoffer, l'ovulation continue pendant toute la durée de la grossesse[2]. Williams, ayant été frappé de ce fait, qu'à l'autopsie de femmes mortes au moment des règles il arrivait quelquefois de ne pas trouver de follicules mûrs, tandis qu'il avait vu des follicules fraîchement rompus sur des ovaires de sujets ayant succombé pendant une période intermenstruelle, a adopté une conception de la menstruation basée uniquement sur l'évolution de la muqueuse utérine[3].

Nous sommes convaincus que toute théorie générale, relative à cette fonction, est encore prématurée dans l'état actuel de nos connaissances. Il est certain que, le plus souvent, chez les femmes mortes au moment des règles, on trouve sur l'un des deux ovaires un follicule rompu ou sur le point de se rompre. La congestion excessive que subissent à ce moment tous les organes génitaux explique parfaitement la déchirure du follicule, pour peu qu'il s'en rencontre un assez développé, et l'ovaire dans ce cas n'a qu'un rôle tout à fait passif. Mais n'y eût-il qu'une seule exception, et aujourd'hui elles sont nombreuses, qu'on ne pourrait plus admettre, à notre avis, la théorie ovarienne, telle que nous la trouvons encore formulée dans la plupart des livres classiques[4]. Nous dirons donc, pour résumer notre pensée, que

[1] *The american Journal of obstetrics*, 1876.

[2] Nous n'avons jamais rien observé dans les ovaires de femmes mortes à diverses périodes de la grossesse qui puisse faire admettre l'opinion de Scanzoni et Mayerhoffer, ni sur les enfants, en faveur des idées de Jackson.

[3] John Williams, *On the structure of the mucous membrane of the uterus and its periodical changes*, London, 1875.

[4] Le fait que la castration pratiquée chez les jeunes animaux empêche le rut de se produire ne prouve rien ni pour ni contre cette théorie. On sait, en effet,

l'ovulation et le flux menstruel sont deux phénomènes ordinairement connexes, mais non liés nécessairement l'un à l'autre. Ce qui joue le rôle principal, et en même temps le plus obscur, dans la menstruation, c'est la *périodicité*. Or, ces manifestations périodiques se présentent continuellement à notre observation dans une série de circonstances variées[1]. Malheureusement, dans toutes ces circonstances, la cause de la périodicité nous échappe. Dira-t-on qu'elle réside dans le système nerveux? On ajoutera une hypothèse à une autre, mais sans expliquer rien de plus[2]. Nous croyons donc, nous le répétons, qu'une théorie générale de la menstruation est aujourd'hui prématurée. Cependant, si nous ne pouvons pas encore saisir dans leur ensemble les causes de l'écoulement menstruel, nous pouvons, au moins, étudier les diverses manifestations physiologiques qui se produisent à ce moment dans l'économie de la femme.

Les transformations que subit la muqueuse utérine, avant, pendant et après la période cataméniale, ont fait le sujet

que l'ablation des ovaires entraîne un arrêt de développement ou une atrophie de l'utérus. Ce n'est peut-être que par cet intermédiaire qu'elle entrave les phénomènes en question.

[1] La périodicité des écoulements sanguins n'est même pas le privilège exclusif de la femme. On a vu, chez des hémorrhoïdaires, le flux sanguin se reproduire chaque mois aux mêmes époques. On a observé, en outre, des hémorrhagies périodiques chez l'homme, ayant lieu par le gland, dans d'autres cas par le nez. (Beigel, *loc. cit.*, t. I, p. 322.)

[2] On a rapproché, avec raison, le rut des animaux de la menstruation chez la femme. Chez les premiers, la périodicité existe comme chez la femme, à des époques plus éloignées seulement. Ces époques peuvent être rapprochées consécutivement à une série de causes : la nourriture abondante, la présence constante du mâle en captivité, etc. En outre, pour la femme, il paraît bien probable que la station debout, dont l'action sur le développement du bassin a été si bien démontrée, doit aussi avoir eu une influence sur la fréquence des retours menstruels. La position debout, en effet, amène une congestion des organes génitaux bien plus considérable que la station adoptée par les autres espèces animales.

Certains singes ont des règles périodiques comparables à celles de la femme. (Broca, *Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1859, p. 352.)

des recherches d'un grand nombre d'histologistes[1]. Les uns admettent que l'écoulement sanguin provient de la dégénérescence graisseuse des éléments dont est formée la muqueuse, et qui présentent par conséquent une moindre résistance à l'issue du sang. Mais Léopold a montré que le premier phénomène qu'on observe vers la cavité utérine, dans les quelques jours qui précèdent les règles, est un ramollissement avec épaississement de la muqueuse, présentant alors un aspect œdémateux. Les glandes sont dilatées en longueur et en largeur. Les espaces lymphatiques sont également dilatés. On rencontre sur certains points des cellules hypertrophiées, semblables aux cellules géantes, dites cellules de la caduque. Tout le stroma est infiltré d'éléments embryonnaires. A ce moment on n'observe aucune dégénérescence graisseuse, et ce n'est que consécutivement à l'hémorrhagie qu'on commence à l'apercevoir. On ne peut donc considérer cette transformation graisseuse comme la cause de l'écoulement sanguin, puisqu'elle lui est consécutive.

La muqueuse utérine présente une disposition qui doit faciliter beaucoup la congestion et l'hémorrhagie sur ce point. Il existe en effet un grand nombre d'artères hélicines très développées et très favorables à l'apport du sang, et, au contraire, un très petit nombre de veines. On comprend que, sous l'influence d'une quantité plus considérable de liquide, les capillaires se dilatent et que leur contenu finisse par se faire jour dans le point qui offre le moins de résistance, c'est-à-dire à la surface de la muqueuse. En effet, nous ne rencontrons presque jamais d'hémorrhagies interstitielles dans le tissu utérin au moment des règles.

Williams a cru que toute la muqueuse utérine se desquamait à chaque époque menstruelle. Cette opinion nous pa-

[1] En particulier, Robin en France, et, dans ces dernières années, Kundradt, Engelmann, Friedländer et Léopold en Allemagne, Williams en Angleterre.

rait erronée. Il résulte, en effet, des travaux de Kundradt, de Léopold et de nos propres observations que, sauf les cas d'altération cadavérique, jamais la paroi musculaire n'est à nu et qu'il reste toujours dans l'utérus une certaine épaisseur de muqueuse et de glandes. Les parties superficielles s'éliminent seules par petits lambeaux, au moins à l'état normal.

Nous ne savons pas exactement le temps que met à se reproduire la muqueuse de l'utérus après les règles. Dans deux cas de Léopold, au bout de neuf jours dans l'un et de dix jours dans l'autre, elle était tout à fait revenue à son état normal.

La surface interne des trompes fournit aussi son contingent à l'hémorrhagie menstruelle, mais ne paraît pas se desquamer. La muqueuse cervicale ne présente d'autre transformation cataméniale qu'un excès de fonctionnement, en produisant une quantité plus considérable de mucus. Du reste, tous les organes génitaux, l'ovaire, le vagin, la vulve, les seins eux-mêmes, participent d'une façon plus ou moins marquée à la congestion périodique. Sur des coupes de l'ovaire, en particulier, on peut voir l'énorme dilatation et le développement exagéré des vaisseaux sanguins de ces glandes, au moment de la période menstruelle.

Les organes génitaux ne sont pas les seuls à éprouver cette influence. Nous pouvons constater un certain nombre de faits qui démontrent l'action de la menstruation sur l'ensemble de l'économie de la femme. D'après Rabuteau, la quantité d'urée produite diminue pendant les règles[1]. On observerait aussi un abaissement de la température, qui peut aller jusqu'à un demi-degré. Cet affaiblissement de la chaleur, constaté dans le vagin, commence un ou deux jours avant le début de l'écoulement sanguin. En outre, on

[1] Rabuteau, *Gazette hebdomadaire*, 1870.

a noté une diminution dans le nombre des pulsations. Ce dernier phénomène a été aussi observé par Hennig, qui n'a pas vu se produire l'abaissement de température admis par Rabuteau [1].

Les changements qui s'opèrent dans la respiration, pendant la période d'activité sexuelle de la femme, nous ont été démontrés par les travaux d'Andral et de Gavarret. Il résulte des recherches de ces auteurs que, dans les deux sexes, l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon augmente graduellement jusqu'à la puberté. A partir de cet âge, des différences importantes se produisent. Chez l'homme, la quantité d'acide carbonique exhalé s'accroit sans cesse jusque vers trente ans. Puis, cet âge passé, elle diminue peu à peu, pour revenir, au moment de l'extrême vieillesse, à ce qu'elle était à l'âge de dix ans environ. Chez la femme, au contraire, à partir du début de la menstruation, la quantité d'acide carbonique rejetée par le poumon reste stationnaire et n'augmente plus, tant que l'écoulement cataménial persiste régulièrement, c'est-à-dire pendant toute la période adulte de la vie féminine. Au moment de l'âge critique, quand les règles se suppriment, l'élimination pulmonaire augmente tout à coup d'une façon notable et décroît ensuite comme chez l'homme, à mesure que la femme approche de la sénilité. Il en est de même pendant la grossesse, où l'exhalation carbonique s'accroît, comme à l'âge de retour, pour s'abaisser de nouveau dès que le flux cataménial a reparu.

L'époque menstruelle a également une influence sur le système nerveux. Souvent, à ce moment, les femmes deviennent irritables, fantasques, quelquefois portées à la mélancolie. A côté de ces phénomènes psychiques, on observe

[1] Beigel, t. I, p. 298.

des troubles digestifs et vasculaires. Presque toujours au moment des règles, surtout dans les deux ou trois jours qui précèdent, il se produit des douleurs dans la région lombaire ou dans le bassin, sans qu'il existe cependant aucune trace de lésions du côté de l'utérus ou des annexes[1]. L'intensité de ces manifestations physiologiques varie considérablement d'un sujet à l'autre. A peine appréciable chez un certain nombre, on les voit acquérir, chez d'autres, un degré beaucoup plus élevé.

Quoique la rupture d'un follicule de Graaf et l'expulsion d'un ovule ne résultent pas forcément de chaque époque cataméniale, il n'en est pas moins vrai que la fécondation paraît plus probable dans les quelques jours qui suivent les règles. Ce qui se comprend facilement; car, comme nous l'avons dit, l'expulsion de l'ovule, tout en n'étant qu'un phénomène passif, accompagne le plus souvent la congestion menstruelle[2].

Quelques auteurs ont prétendu que la femme a des pé-

[1] Ce sont ces diverses sensations, plutôt désagréables que vraiment douloureuses, que les femmes ont résumées dans cette expression vulgaire, si souvent employée par elles : « *Je suis indisposée* », pour dire : « J'ai mes règles ».

[2] Il est en outre très vraisemblable que, chez la femme, l'ovule peut être fécondé dans la trompe. Nous disons chez la femme, et peut-être pas dans toutes les espèces animales. Il faut, en effet, se garder de trop généraliser en concluant à l'identité des phénomènes d'une espèce à l'autre. L'anatomie et la physiologie comparées nous ont rendu et nous rendent chaque jour d'immenses services, mais à cette condition de ne pas trop généraliser, et plus encore peut-être pour ce qui a trait à la génération.

Les curieuses observations de Bischoff sur le chevreuil apportent un nouvel argument en faveur de cette idée. Chez cet animal, le coït et la fécondation ont lieu en juillet. L'œuf fécondé subit alors un temps d'arrêt considérable, et ne commence à se développer qu'en décembre. Des faits du même genre ont été découverts par Van Beneden pour la chauve-souris. Ce petit animal pratique le coït avant l'hiver, avant de s'endormir du sommeil hibernal, et néanmoins les ovules ne commencent à se développer qu'aux premières chaleurs du printemps. Nous avons cité ces quelques exemples, pour montrer qu'il ne faut pas conclure d'une espèce à l'autre, et que les rapports qui existent entre le moment des rapprochements sexuels, la fécondation et le développement de l'ovule, peuvent varier d'une façon très curieuse, selon l'animal que l'on choisit comme objet d'étude.

riodes agénésiques. On trouve dans un travail du docteur Avrard[1] que, sur 28 jours qui constituent le cycle des fonctions génésiques correspondant à l'intervalle entre les deux époques menstruelles, il y en a la moitié seulement où la fécondation est possible. « La période génésique finit d'ordinaire, d'après M. Avrard, le quatorzième jour après le début des règles, quelle que soit la durée de l'écoulement. La fécondation, dit-il, est impossible depuis le quatorzième jour à partir de l'apparition des règles jusqu'à la fin de l'époque suivante, quelque tardive qu'elle soit. » Nous avons insisté sur ces faits, parce que ce sont là des questions utiles à bien connaître et dont on a à chaque instant besoin dans la pratique.

On est, en effet, souvent consulté, pour savoir à quel moment on a le plus de chance de fécondation. Et surtout beaucoup de femmes demandent, avec encore plus d'intérêt, s'il y a une époque où on soit à l'abri de la grossesse. En réalité, il résulte des faits observés que, *quoique l'imprégnation soit probablement plus facile dans les quelques jours qui suivent les règles, elle est possible à n'importe quel moment de la période intermenstruelle.* Il ne faut pas oublier enfin qu'une femme peut être fécondée avant d'avoir vu apparaître le premier écoulement cataménial et longtemps après sa cessation. Nous avons déjà dit qu'on avait observé des cas de grossesse 3, 4 et 10 ans après la ménopause.

L'âge auquel se montrent les premières règles varie sous l'influence d'une série de causes générales et individuelles. On a cru que le climat avait une grande importance, relativement à la précocité de la première irruption menstruelle. En y regardant de plus près, on voit que ces différences sont

[1] Avrard, *Thèse de Paris*, 1867, et Raciborski, *loc. cit.*, p. 119.

minimes, et qu'elles tiennent au moins autant aux mœurs du pays, aux usages adoptés pour la jeunesse, à l'âge où on se marie, qu'au climat lui-même.

Il ressort des statistiques que la moyenne de la première menstruation est à peu près la même pour Paris et pour Madrid[1]. A Madère elle correspond à l'âge de 15 ans et demi. Or, Madère est à 33° de latitude et sa température moyenne est de 19°,3, égale par conséquent à celle de plusieurs provinces de l'Asie méridionale, où les femmes sont réglées (chiffre moyen) à 12 ans 9 mois et 14 jours. Ces quelques exemples suffisent pour prouver que, ni le climat, ni la latitude, n'ont une influence considérable sur l'époque de la première menstruation.

Il n'en est pas moins vrai qu'en général dans les pays chauds les règles apparaissent plus tôt et sont plus abondantes que dans les pays froids. Ainsi, tandis que chez les négresses d'Afrique et les Indiennes la menstruation commence vers 10 à 12 ans, en Suède et en Norvège c'est seulement de 15 à 16 et en Laponie à 18. Du reste, le climat est, lui-même, la résultante d'une série de causes complexes.

Les différences de races paraissent agir sur la menstruation. On a observé, par exemple, qu'en Pologne les juives étaient réglées plus tôt que les jeunes filles appartenant aux autres religions, quoique habitant le même pays et soumises à peu près au même régime[2]. Le genre de vie, la nourriture, l'habitation, ont aussi leur part d'influence. Les

[1] 14 ans 7 mois pour Paris, 14 ans 6 mois 7 jours pour Madrid. (Raciborski, *loc. cit.*, p. 188.)

[2] Dans certains pays froids, et même chez nous dans les montagnes, les règles deviennent moins abondantes ou même se suppriment en hiver pendant 6 mois, sans aucun autre trouble de la santé. (Lagneau, *Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1877, p 580.)

D'après le même auteur, la race joue un rôle bien plus considérable que le climat relativement aux phénomènes menstruels. (Lagneau, *Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1865, p. 740.)

règles sont plus lentes à apparaître à la campagne que dans les villes. Elles se montrent plus tard dans les classes pauvres que dans les classes riches. Enfin, la société des êtres d'un sexe différent doit aussi être mise en ligne de compte. On a observé dans certaines espèces animales, les lapins, par exemple, que les femelles placées dans des cages voisines du mâle entrent en chaleur beaucoup plus souvent que celles qui sont isolées.

La première irruption cataméniale est précédée de nombreux changements dans l'ensemble de l'organisme féminin. Les seins se développent, les poils apparaissent au pubis, le bassin prend les caractères du bassin adulte. La plupart du temps, chez les jeunes filles bien portantes, la menstruation initiale débute sans aucun trouble prémonitoire. Cependant il existe fréquemment certains prodromes, tels que la lassitude, la fatigue des membres, des douleurs vagues dans le ventre et dans la région lombaire. Souvent de la céphalalgie et des manifestations cutanées diverses. L'exagération de ces symptômes constitue la dysménorrhée, dont nous nous occuperons dans le prochain chapitre.

Les règles, une fois établies, reviennent à époque fixe, après un intervalle qui varie, selon les sujets, de 20 à 30 jours.

La durée du flux sanguin est également variable, tantôt se terminan au bout de trois jours, tantôt se prolongeant pendant une semaine. Si l'écoulement est limité à 1 ou 2 jours seulement, on doit supposer une cause pathologique. Le plus ordinairement, à l'état normal, les règles durent 4 à 5 jours, et sont précédées et suivies d'un écoulement muqueux plus ou moins teinté de rouge. La quantité de sang perdu à chaque époque cataméniale oscille entre 100 et 250 grammes[1].

[1] Sims conseille, dans la pratique, pour se rendre compte approximativement de la quantité de sang perdu, de demander aux malades le nombre de serviettes dont elles ont besoin. 4 pour 24 heures est à peu près le chiffre normal. (Sims, *loc. cit.*, p. 44.)

L'issue du liquide sanguin par l'orifice utérin n'a pas lieu d'une façon continue. Si on applique le spéculum dans ces conditions, on voit le sang sortir par poussées, comme par jets, phénomène que l'on observe quelquefois aussi pour le mucus sécrété par les glandes cervicales, et cela sans que la femme éprouve aucune douleur, sans qu'elle en ait même la moindre notion. Ce qui démontre qu'il existe des contractions utérines insensibles et inconscientes.

Quelques auteurs ont avancé que le sang des règles ne se coagulait pas. La fausseté de cette idée est prouvée tous les jours par l'observation. Chez les femmes qui ont des règles abondantes, on voit de véritables caillots être expulsés par la vulve. Il est vrai, cependant, que le sang menstruel est peu coagulable en général. On a invoqué pour expliquer cette propriété l'influence des sécrétions acides du vagin. Or, cette hypothèse est en opposition avec toutes nos connaissances physiologiques. On sait, en effet, que les acides coagulent le liquide sanguin. Quelques-uns, comme l'acide acétique, le redissolvent ensuite, à la condition de se trouver en excès. Une modification produite par le mucus utérin, à réaction alcaline, serait plus en rapport avec les lois de la chimie, puisque les liquides alcalins, le bicarbonate de soude entre autres, empêchent ou diminuent la coagulabilité du sang. Cependant il nous paraît plus logique de supposer que cette disposition tient surtout à ce que celui qui provient des règles est asphyxique, très chargé d'acide carbonique, et par conséquent peu propre à former des caillots[1].

L'odeur spéciale et un peu forte que contracte ce liquide est due en partie, ainsi que l'avait depuis longtemps signalé

[1] Krieger admet une théorie sur la périodicité des règles, qu'il est inutile d'exposer ici, d'autant plus qu'elle n'est basée que sur des vues tout à fait hypothétiques (Krieger, *Die Menstruation*, Berlin, 1869.)

de Graaf, à ce que, l'excrétion menstruelle se faisant lentement, ses produits ont plus de disposition à s'altérer et à acquérir une odeur particulière[1].

Après s'être reproduit ainsi chaque mois pendant une trentaine d'années environ, l'écoulement périodique cesse à un âge qui varie autant et même plus que celui de la première menstruation. La moyenne des différentes statistiques donne pour nos climats 46 ans 4 mois et 2 jours. En somme, dans nos pays, cette fonction physiologique commence vers 15 ans et finit vers 45. La plupart du temps, la ménopause, pas plus que l'établissement des règles, n'amène chez les sujets bien portants aucun accident notable. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et chez certains sujets, des troubles plus ou moins graves de la santé coïncident avec la cessation de l'hémorrhagie cataméniale[2].

Les femmes qui sont réglées de bonne heure voient aussi, généralement, l'époque de la ménopause reculée. Chez les femmes précoces, la menstruation durerait en moyenne 33 ans, 27 seulement pour les femmes tardives. Il ressort en effet, de tous les travaux récents, contrairement à ce qu'on trouve encore dans bien des livres, que plus les règles apparaissent de bonne heure, plus les fonctions génératrices sont puissantes et plus la période d'activité génitale se prolonge. On a remarqué également que les irrégularités de cette fonction étaient plus fréquentes, quand la première irruption avait été moins hâtive.

[1] Peu de fonctions ont donné lieu à autant de superstitions que la menstruation de la femme. L'idée des propriétés néfastes attribuées par les anciens aux produits de l'écoulement cataménial subsiste encore aujourd'hui dans les campagnes de certains de nos départements.

[2] Le docteur Burdel a cité le cas curieux d'une femme ayant eu une inversion utérine réduite, à la suite de laquelle les règles se supprimèrent et ne revinrent jamais, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir trois autres grossesses suivies d'accouchements normaux et à terme. (*Annales de gyn.*, 1879, p. 153.)

PATHOLOGIE DE LA MENSTRUATION

Nous avons vu dans le chapitre précédent que chez la femme à l'état normal, depuis l'âge de 15 ans jusqu'à 45 en moyenne, il se produisait chaque mois par les organes génitaux un écoulement de sang variant de 100 à 250 grammes et durant de 4 à 5 jours. Ces divers phénomènes peuvent subir certaines modifications, certaines déviations du type normal et constituer ainsi une *menstruation pathologique.*

Menstruations précoces et tardives.

On appelle *menstruations précoces* les cas où non-seulement le flux sanguin, mais tous les signes de la puberté, se manifestent chez des enfants, longtemps avant l'âge où on a coutume de les observer. Souvent, dans les quelques jours qui suivent la naissance, on voit se produire chez les petites filles un écoulement de sang par la vulve. Cette hémorrhagie cesse, ordinairement, au bout de un à deux jours. Chez les unes elle ne revient plus, chez d'autres elle se renouvelle une fois ou deux et disparaît définitivement[1]. On ne peut pas appliquer à ces cas la dénomination de menstruation précoce, quoiqu'il y ait peut-être un rapport entre cette hémorrhagie vulvaire et la poussée qui se fait vers les ovaires, les testicules et la mamelle, chez les nouveau-nés des deux sexes. Mais il est une autre catégorie d'enfants, âgés seulement de quelques mois ou de quelques années, qui offrent tous les signes de la puberté. Ces manifestations extérieures s'accompagnent d'un écoulement menstruel durant trois ou quatre jours et re-

[1] Bouchut, *Gaz. des hôpitaux*, 1870, p. 1073.

venant tous les mois. Malgré ces hémorrhagies précoces, certains de ces sujets ne présentent aucun trouble dans leur santé générale. Le flux périodique, une fois établi chez eux, se continue habituellement jusqu'à l'âge adulte, d'autres fois il cesse après une durée de quelques années seulement[1].

Dans les cas de ce genre, ou au moins pour quelques-uns, la menstruation existe avec l'ovulation, comme le montrent les faits d'accouchements à 7 ans et demi, 8, 9, 10 et 11 ans[2]. Ces faits de précocité sexuelle ne sont pas plus surprenants que ceux où on voit des enfants naître avec des dents, avec des cheveux complètement développés.

On a également cité des cas de *menstruations tardives*. Sans parler des observations anciennes qui manquent de tout contrôle scientifique, des auteurs modernes, Raciborski, Puech, Courty, Beigel, ont constaté la persistance de l'écoulement menstruel chez des femmes de 56 et 57 ans[3]. Devant les affirmations d'observateurs aussi compétents, on doit admettre que la ménopause peut être retardée jusqu'à cet âge, avec un état de santé parfaitement normal du reste.

Nous avons déjà dit à propos du cancer que, chez les vieilles femmes, les métrorrhagies prennent le caractère périodique des règles. Souvent ces soi-disant règles ne sont que la première manifestation d'une tumeur maligne, dont on ne constate l'existence que quelques semaines ou

[1] Voyez le cas de Puech, où une hémorrhagie périodique chez une enfant de 5 ans ayant continué régulièrement jusqu'à 8 ans et demi. cessa à cet âge et n'avait pas encore reparu à plus de 14 ans, époque où le sujet fut perdu de vue. (Puech, *Des ovaires, de leurs anomalies*, Paris, 1873, p. 129.)

[2] Schrœder, *loc. cit.*, p. 301, et Kilpatrich, *Ann. de gyn.*, 1874, p. 403. Des faits de puberté précoce ont aussi été signalés chez l'enfant mâle. Nous rappellerons cette observation d'un petit garçon de 4 ans dont les organes sexuels étaient complètement développés, et chez lequel il y avait érection suivie d'éjaculation. (Flinth South, cité par Beigel, t. I, p. 325.)

[3] Barié, *loc. cit.*, p. 43.

quelques mois plus tard[1]. Aussi doit-on être très-réservé avant de porter un jugement sur la nature d'une métrorrhagie chez une vieille femme, quelle que soit du reste sa ressemblance avec l'écoulement menstruel.

De l'aménorrhée.

On désigne sous le nom d'*aménorrhée* l'absence d'hémorrhagie périodique. Cette absence peut dépendre, soit de ce que l'hémorrhagie ne se produit pas, soit de ce qu'il existe un obstacle à la sortie du sang, qui reste alors accumulé dans la cavité de l'utérus. Nous avons déjà étudié ce second groupe de phénomènes, à propos de l'atrésie des organes génitaux[2].

L'aménorrhée est *permanente* ou *transitoire*. Quoique presque toujours en rapport avec une affection quelconque, l'*aménorrhée permanente* peut, cependant, se rencontrer avec un état de santé satisfaisant du reste. Le fait suivant est des plus concluants à cet égard. Il s'agissait d'une femme de 37 ans, mariée à 19, sans avoir jamais été réglée. Elle eut 9 grossesses normales, dont la première immédiatement après son mariage. La sécrétion lactée était assez abondante pour lui permettre de nourrir ses enfants. La santé était bonne, et, pas plus après qu'avant le début des rapports sexuels, elle n'avait été menstruée.

Dans d'autres cas, l'écoulement sanguin ne se montre que très tard. Lœwy cite une femme de 31 ans, ayant accouché six fois sans avoir jamais eu ses règles, qui débutèrent à cet âge. Cette dernière observation rentre plutôt dans les cas d'aménorrhée transitoire[3].

[1] Voyez les observations de Siredey dans l'article *Ménorrhagie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

[2] Voyez page 272.

[3] Voyez, pour les détails de ces observations, Beigel, *loc. cit.*, t. I, p. 330.

Nous trouvons l'*aménorrhée transitoire*, à l'état physiologique, pendant la grossesse et l'allaitement. Pendant la grossesse, les exceptions sont si rares, qu'elles sont niées par beaucoup d'accoucheurs. Chez les nourrices, au contraire, les exceptions sont fréquentes, et nous dirons en passant qu'il ne faut pas y attacher une trop grande importance. Surtout après 7 ou 8 mois d'allaitement, on voit assez souvent les règles revenir, sans que pour cela la sécrétion lactée soit influencée, ni dans sa quantité, ni dans sa qualité. Raciborski, qui a étudié cette question et a fait de nombreuses analyses de lait dans ces conditions, dit que « la seule particularité que semblent présenter les nourrices réglées consiste en ce que leur lait est généralement moins riche en crème pendant la durée de l'évacuation menstruelle que dans l'intervalle de ces époques[1] ». Nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de très bonnes nourrices, allaitant de superbes enfants, chez lesquelles les règles revenaient tous les mois[2]. Si on interroge à ce point de vue les nourrices à gages, elles tromperont presque toujours et nieront quand même le retour du flux sanguin. Ce qui provient du préjugé encore très répandu dans le monde que l'accomplissement de la fonction menstruelle nuit à l'allaitement.

Étiologie. — Nous n'avons pas à nous occuper ici des aménorrhées résultant des affections utérines étudiées dans les chapitres précédents. L'aménorrhée transitoire est souvent amenée par des troubles de la nutrition ou des maladies générales. La chlorose, surtout peu de temps après la puberté, est une des plus habituellement observées[3]. La tuber-

[1] Raciborski, *loc. cit.*, p. 148.

[2] D'après les recherches plus récentes de Marchand, la lactine diminue, et il y aurait, au contraire, une légère augmentation des matières albuminoïdes pendant les règles. (*Ann. de gyn.*, 1874, p. 401.)

[3] Sée, *Du sang et des anémies*. Paris, 1866, p. 248.

culose en est aussi une cause fréquente, ainsi que les maladies aiguës, consomptives, telles que les affections typhoïdes. L'aménorrhée serait, d'après Fournier, le trouble des fonctions menstruelles, que l'on rencontrerait le plus souvent lié à l'évolution de la syphilis[1]. L'adiposité s'accompagne aussi, dans bien des cas, d'absence de l'hémorrhagie périodique.

Il est une forme d'aménorrhée transitoire, qui se produit sous l'influence de causes psychiques. Cette étiologie est beaucoup plus rare qu'on ne l'admet en général. Il est certain, cependant, qu'une frayeur, une mauvaise nouvelle inattendue, en un mot, une émotion vive quelconque, peut arrêter subitement l'écoulement menstruel[2]. Raciborski[3] a attiré l'attention sur une variété d'aménorrhée transitoire qui consiste en un retard de huit à quinze jours dans l'apparition des règles, chez des femmes qui craignent d'être enceintes et pour lesquelles certaines circonstances de position sociale feraient d'une grossesse un véritable malheur. D'autres gynécologistes sont venus confirmer les idées de Raciborski à ce sujet, et nous avons eu l'occasion d'observer quelques faits qui rentrent complètement dans cette catégorie. On a vu le même effet se produire chez des femmes stériles, atteintes d'un désir immodéré d'avoir un enfant.

On appelle *règles déviées* des cas où, les règles manquant, ou étant insuffisantes, des hémorrhagies périodiques se montrent sur d'autres points du corps. Ces écoulements sanguins ont, en général, leur siège sur les muqueuses nasales, pulmonaires, stomacales, rectales[4]. D'autres fois, ce

[1] Fournier, *loc. cit.*, p. 946.
[2] Schroeder, *loc. cit.*, p. 307.
[3] Raciborski, *loc. cit.*, p. 621.
[4] Voyez une curieuse observation de menstruation supplémentaire par le rectum, du docteur Barett, *London med. Records*, et *Archives de tocologie*, 1876, p. 496.

sont des tumeurs, des ulcères, des plaies, qui donnent régulièrement, chaque mois, issue à une certaine quantité de sang[1]. Comme on voit des écoulements de ce genre se produire périodiquement, même chez l'homme, il faut être très réservé dans l'interprétation de ces faits. Mais il y a vraiment des circonstances où ces hémorrhagies remplacent la menstruation. On peut ranger dans cette classe un grand nombre d'hystériques, de miraculées ou de stigmatisées.

Traitement. — Si l'absence des règles est sous la dépendance d'une affection utérine ou d'une maladie constitutionnelle, telle que la tuberculose ou la syphilis, c'est à elle qu'il faudra s'attaquer. Il en est de même de la chlorose, dont la guérison suffit pour ramener le flux menstruel.

Quand on suppose un manque d'activité de l'appareil utéro-ovarien, on doit d'abord puiser ses ressources dans une bonne hygiène, la gymnastique, les promenades en plein air associées aux douches chaudes et froides, aux pratiques hydrothérapiques en général. On peut ordonner, en outre, les bains de pieds ou de siège chauds, l'application de sinapismes sur la face interne des cuisses ou sur les mamelles. Le cathétérisme de la cavité utérine, souvent répété, a été tenté dans le but d'exciter ainsi la vitalité de la muqueuse. On a même préconisé l'usage des pessaires intra-utérins à demeure. Nous avons déjà signalé, à propos des déviations, notre peu de sympathie pour ce mode de traitement[2]. Divers observateurs ont vanté l'emploi de l'électricité. Les uns ont employé les courants faradiques[3], avec les réophores appliqués sur le col ou dans les culs-de-sac vaginaux, et sur les parois abdominales[4]. D'autres ont fait usage des courants directs.

[1] Voyez, à propos des règles déviées, Camiade, *Thèse de Paris*, 1872.

[2] Voyez page 495.

[3] Duchenne, de Boulogne, *De l'électrisation localisée*, 1872, p. 92.

[4] Nous avons vu cette pratique faire avancer les règles de plusieurs jours et les rendre plus abondantes chez des femmes non atteintes d'aménorrhée.

et ont obtenu des résultats, non seulement en électrisant la région du bassin, mais même la région du cou au voisinage des ganglions sympathiques cervicaux et de la partie supérieure de la moelle[1].

Dans les cas d'adiposité, on instituera un régime diététique approprié, composé de viande, de légumes verts, et d'un peu de vin. Les malades boiront le moins possible et s'abstiendront de pain et de tout aliment farineux. En outre, deux fois par semaine, on administrera une dose de scammonée, ou quelque purgatif salin. La diète lactée a été également employée avec succès, dans le traitement de l'aménorrhée, chez des femmes polysarciques[2].

Il faut en général se méfier de tous les médicaments dits emménagogues, tels que l'aloès, la rue, le safran, la sabine, qui n'ont d'autre action, la plupart du temps, que de fatiguer l'estomac des malades. Dans les cas de chlorose, le fer est le meilleur des emménagogues.

De la ménorrhagie.

Quand l'écoulement menstruel dépasse, soit en durée, soit en quantité, les conditions normales, au point de compromettre la santé, on dit qu'il y a *ménorrhagie*. Celle-ci diffère de la *métrorrhagie*, en ce que, dans le premier cas, l'écoulement sanguin a lieu à l'époque menstruelle, dans le second, au contraire, en dehors de cette époque.

Les ménorrhagies sont presque toujours symptomatiques d'une lésion de l'utérus ou des annexes. On les voit aussi se produire dans des maladies générales telles que le scorbut, le purpura, la maladie de Werloff, les affections brigh-

[1] Onimus, *De l'influence des courants continus sur les phénomènes vasculaires de la matrice.* (*Ann. de gyn.* 1874, t. II, p. 126.)

[2] Tarnier, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1876, p. 542, et Debove, *Du régime lacté dans les maladies*, thèse d'agrégation, 1878, p. 58.

tiques, chez des femmes affaiblies, dont la nutrition a souffert, ou à la suite d'un séjour au lit trop prolongé. L'adiposité, qui, comme nous l'avons vu, est quelquefois cause d'aménorrhée, peut aussi donner lieu à des ménorrhagies. Souvent les deux sortes de troubles menstruels se succèdent[1].

Le *traitement* de la ménorrhagie consiste, d'abord, dans le repos au lit. Du reste, comme elle est presque toujours symptomatique, c'est contre l'affection principale qu'on doit diriger sa thérapeutique. L'eau froide nous rend de grands services dans les cas de ménorrhagies abondantes. Mais il ne faut pas oublier, quand on emploie le froid, qu'il doit être continu, sous peine de produire l'effet inverse de celui que l'on cherche. La vessie de glace, appliquée sur les parois abdominales, n'a, dans ces cas, qu'une action bien douteuse. C'est aux irrigations froides permanentes dans le vagin que nous conseillons d'avoir recours de préférence. On peut leur associer l'ergot de seigle ou l'ergotine, soit introduite par la bouche, soit au moyen des injections hypodermiques[2].

De la dysménorrhée.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la menstruation, même physiologique, était souvent accompagnée de divers troubles du côté des principaux appareils, circulatoire, digestif, nerveux. Nous avons dit également que les sensations éprouvées par les femmes, dans ces circonstances, étaient plutôt désagréables que réellement douloureuses. Ces sensations pénibles peuvent atteindre un certain degré d'acuïté et devenir de véritables souffrances.

[1] Dancel, *Gaz. des hôpit.*, 1866, p. 289 et 301.

[2] Nous renvoyons, pour plus de détails, à ce que nous avons déjà dit du traitement des ménorrhagies, page 368.

C'est ce que l'on désigne sous le nom de *menstruation douloureuse*.

Dans d'autres cas, les douleurs prennent une telle intensité, qu'elles constituent à elles seules un état morbide réclamant des soins. On dit alors qu'il y a *dysménorrhée*. Les idées que l'on a eues à ce sujet ont nécessairement varié avec nos connaissances relatives à la physiologie de la menstruation. C'est ainsi que l'hypothèse d'une forme ovarique, résultant de la contraction des muscles lisses entre lesquels naissent les follicules, n'est plus soutenable aujourd'hui, où nous possédons des notions plus précises sur la structure de l'ovaire.

Raciborski admettait trois formes de dysménorrhée, la *dysménorrhée spasmodique*, la *dysménorrhée congestive*, et la *dysménorrhée inflammatoire*. (La dysménorrhée spasmodique a été indiquée par d'autres auteurs sous le nom de dysménorrhée ovarique, ou nerveuse). C'est, d'après ce gynécologiste, dans la forme inflammatoire, qu'on verrait les malades rendre des caillots décolorés.

La plupart des observations de *dysménorrhée congestive* signalées par les auteurs nous paraissent être en rapport avec une métrite chronique dont les douleurs s'exaspèrent au moment des règles. La variété dite *nerveuse* est souvent liée à une névralgie lombo-abdominale. Ou plutôt ce n'est pas une dysménorrhée nerveuse, mais une névralgie avec point utérin qui devient plus intense sous l'influence de la congestion cataméniale. Chez ces malades, on rencontre, dans l'intervalle des règles, un point sensible persistant à l'union du col et du corps. Très souvent ces cas-là sont confondus avec la dysménorrhée, et malheureusement traités comme telle, par les dilatations, les incisions, les cautérisations, on comprend avec quel insuccès.

En somme, la dysménorrhée véritable est presque tou-

jours symptomatique d'une affection de l'utérus ou des annexes, et dépend le plus souvent d'un obstacle mécanique. Autrement dit, elle résulte de la présence dans l'utérus d'un corps étranger qui amène des contractions exagérées de cet organe, d'où les douleurs. C'est ainsi qu'on a vu un petit polype situé au niveau de l'orifice interne donner lieu à une dysménorrhée des plus douloureuses, qui cessa pour ne plus reparaître immédiatement après son ablation.

Ce corps étranger peut être formé par du sang liquide ou coagulé, par des lambeaux de la muqueuse qui atteignent quelquefois une dimension notable et constituent alors la dysménorrhée membraneuse, sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre suivant. La difficulté qu'éprouvent ces divers produits à être expulsés par l'utérus résulte, soit de ce que leur volume est trop considérable, soit de ce que l'espace par où ils doivent s'éliminer est trop étroit. La diminution de l'orifice de sortie dépend d'une foule de circonstances diverses. La sténose congénitale ou acquise de l'orifice externe est une des plus fréquentes. Sims la considère comme jouant le principal rôle, relativement au sujet qui nous occupe. En effet, sur cent femmes atteintes de dysménorrhée, il a trouvé quatre-vingt-dix fois un rétrécissement cervical.

On comprend aussi que le diamètre d'un canal, normal extérieurement, puisse être diminué par un épaississement de la muqueuse ou la présence d'un néoplasme. Les déviations, comme nous l'avons déjà vu, n'ont, en général, d'importance à cet égard, que quand elles se compliquent d'autres lésions du côté de l'utérus. Il peut aussi exister un spasme de l'orifice interne, amenant son occlusion momentanée, et secondairement des douleurs menstruelles. Cette dernière forme est plus rare, cependant Duncan la croit assez fréquente et la compare à certains spasmes de la vessie, chez l'homme, avec étroitesse du méat.

Si l'abord du sang dans la cavité utérine et la desquamation de la muqueuse se produisent peu à peu, leur expulsion au dehors aura lieu facilement, même avec un orifice étroit. Si au contraire la production du sang est abondante et subite, le liquide ne s'écoulant plus à mesure, l'utérus est distendu, et les malades éprouvent de vives douleurs. C'est alors que sont rejetés des caillots plus ou moins décolorés, qui constituent une des variétés confondues sous le nom de dysménorrhée membraneuse.

Symptômes. — Les douleurs dysménorrhéiques ont un caractère tout spécial. Ce sont de véritables coliques utérines s'irradiant dans les reins et dans les cuisses. Elles sont quelquefois intermittentes et cessent pendant un certain temps pour reprendre de nouveau. D'autres fois, plus souvent même, elles sont continues, et présentent irrégulièrement des exacerbations. Ces souffrances peuvent acquérir un degré extrême d'acuïté. Les patientes se tordent dans leur lit, poussent de véritables gémissements. Malgré tout ce cortège douloureux, la température reste normale, quelle que soit l'intensité et la longueur des crises[1]. Ces crises se montrent habituellement avant l'apparition à l'extérieur de l'écoulement sanguin et cessent quand le corps étranger a franchi l'obstacle. Souvent, quelques heures après, tout a disparu sans laisser de traces, et on ne se douterait plus de l'état que présentait la malade peu de temps auparavant[2].

[1] Nous ne nous occuperons pas des rapports de la menstruation avec les maladies générales ou certaines affections convulsives, telles que l'hystérie ou l'épilepsie ; cette étude nous entraînerait trop loin du cadre que nous nous sommes tracé.

[2] Chez quelques femmes, tout ce cortège douloureux se reproduit entre deux époques et donne lieu à ce qu'on a appelé *dysménorrhée intermenstruelle*, attribuée par Priestley à une ovulation lente ou difficile, hypothèse qui n'est basée sur aucun fait anatomique. (Priestley, *Cases of intermenstrual or intermediate dysmenorrhoea*, 1871 ; anal. dans le *Jahresbericht*, 1872, t. II, p. 559.

La dysménorrhée s'accompagne souvent de stérilité. Sur 259 femmes mariées stériles observées par Sims, 129, c'est-à-dire plus de la moitié, présentaient des menstruations accompagnées de douleurs anormales[1].

Traitement. — Le traitement de la dysménorrhée devra être surtout mécanique, si on constate un rétrécissement d'un des orifices, externe ou interne. Sims a préconisé l'incision de l'orifice externe. Cette petite opération n'est pas toujours inoffensive et nous lui préférons la dilatation. Duncan, en Angleterre[2], s'est également élevé contre les incisions qu'il considère comme inutiles et dangereuses, et qu'il remplace par la dilatation progressive, avec des bougies introduites et laissées à demeure dans la cavité cervicale, tous les jours pendant un quart d'heure. Ce procédé nous a donné de bons résultats, dans des cas où l'emploi des tiges de laminaria n'avait été suivi d'aucune amélioration durable.

Si on ne constate de rétrécissement sur aucun point, on sera forcé de s'adresser aux moyens généraux, tels que l'hydrothérapie ou l'électricité[3]. Dans ces conditions, c'est surtout au moment des crises qu'on aura à intervenir. Les narcotiques, l'opium, le chanvre indien, vanté d'abord par les médecins anglais, seront alors indiqués[4]. Si les souffrances étaient très vives, on pratiquerait quelques in-

[1] Sims, *loc. cit.*, p. 164.

[2] Duncan, *Brit. med. Journ.*, 1872 et 1874.

[3] On peut essayer de l'apiol, administré quotidiennement à la dose de 4 à 6 capsules, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'apparition probable des règles.

[4] La formule suivante pourrait être employée :

Eau distillée de tilleul.	100 grammes.
Teinture de cannabis indica.	1 gr. 50 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise. . . .	10 grammes.
Sirop d'opium.	aa 20 grammes.
Sirop d'éther	

à prendre par cuillerées toutes les heures.

jections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Les douches de chloroforme dans le vagin, au moyen de l'appareil que nous avons figuré[1], aideront à calmer les douleurs. L'ovariotomie normale ou opération de Battey a été proposée contre les aménorrhées douloureuses ou les ménorrhagies rebelles. Le succès peu assuré de l'opération basée sur des théories fausses ou non démontrées, et surtout sa gravité, ne nous paraissent pas devoir encourager à la pratiquer[2].

De la dysménorrhée membraneuse.

A la suite des douleurs si vives de la dysménorrhée, certaines malades expulsent des produits solides, de forme, de dimension et de nature très variées. C'est ce qu'on a désigné sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*. Nous réunissons dans ce groupe *tous les cas où des douleurs menstruelles violentes sont suivies de l'expulsion d'un produit membraniforme*.

Quelques gynécologistes ont conseillé de réserver cette dénomination à ceux qui résultent de l'exfoliation de la muqueuse utérine. D'autres ont proposé les termes d'*endométrite exfoliante*. Il y a en effet des circonstances où cette épithète serait exacte, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Nous retrouvons ici ce que nous avons déjà signalé à propos de la métrite. Les examens anatomiques sont rarement pratiqués, et chaque auteur qui a étudié un cas avec le soin nécessaire a voulu immédiatement le généraliser à tous les autres.

Nous n'exposerons pas toutes les théories auxquelles cette affection a donné lieu, depuis la célèbre observation de

[1] Voyez figure 90, page 377.

[2] Voyez, à propos de l'opération de Battey, *Annales de gynécologie*, 1878, . 188, et Sims, *Brit. med. Journ.*, 1877.

Morgagni[1] jusqu'à nos jours. Son existence, mise en doute et même niée par certains anatomo-pathologistes, a été démontrée d'une façon indiscutable par les recherches modernes[2]. Mais on a peut-être trop considéré la dysménorrhée membraneuse comme une seule et même affection, une sorte d'entité morbide, quand, au contraire, elle semble se produire dans des états très différents les uns des autres.

Anatomie pathologique. — Les caractères macroscopiques des produits expulsés, dans les cas de dysménorrhée membraneuse, sont absolument insignifiants. Quelle que soit, en effet, leur nature, ils ont tous la même tendance à se mouler sur la cavité utérine, dont ils présentent la forme. L'examen histologique seul peut en indiquer la structure. Les préparations obtenues par dissociation sont souvent insuffisantes, et il est nécessaire d'avoir recours à des coupes[3]. La composition de ces pseudo-membranes est des plus variées. Nous avons observé toutes les catégories suivantes.

1° Des caillots fibrineux décolorés.

2° Du mucus coagulé et mélangé à un plus ou moins grand nombre d'éléments figurés. Produits comparables à ces fausses membranes blanchâtres irrégulières, souvent expulsées par l'anus dans différentes circonstances, en particulier dans les constipations opiniâtres.

3° Des lambeaux de muqueuse utérine (fig. 135). Cette dernière variété n'a pas été suffisamment étudiée jusqu'à présent. On s'est contenté, en général, d'en indiquer la

[1] Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, lettre XLVIII

[2] Troque, *Thèse de doctorat*, Paris, 1869. — Huchard et Labadie-Lagrave, 1870. — Beigel, *Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 84. — Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 295. — Hoggan, *Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 301. — Siredey, article *Dysménorrhée*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. — Bernutz, *Contribution à l'histoire de la dysménorrhée membraneuse* (*Archives de tocologie*, 1879).

[3] Quand ces membranes sont minces, il est préférable de les étendre sur une lame de liège et de les y fixer avec des épingles, avant de les soumettre aux procédés de durcissement.

nature, sans pousser plus loin l'examen, et sans se demander dans quel état se trouve cette muqueuse[1]. Tantôt elle est normale, avec des segments de glandes plongeant dans un tissu infiltré de petites cellules rondes, absolument comme on la rencontre au moment de la période menstruelle, chez la femme à l'état physiologique. D'autres fois, elle est infiltrée de globules sanguins et purulents[2], consti-

Fig. 135. — Coupe d'un lambeau de muqueuse utérine expulsé pendant les règles (dysménorrhée membraneuse) (gross. de 40 diam.).

a a, Points hémorrhagiques. — *b b*. Points infiltrés d'éléments embryonnaires. — *c c*. Vaisseaux remplis de globules sanguins. — *e e*. Épithélium de la surface de la muqueuse pénétrant en certains points dans la profondeur des tissus pour former les glandes. — *f f*. Glandes revêtues de leur épithélium (coupées transversalement).

tuant ce que les Allemands ont appelé l'inflammation diphthéritique[3]. Enfin on voit, dans d'autres cas, une masse de tissu embryonnaire ne présentant plus ni glandes, ni épithélium, et semblable à ce que nous avons décrit dans les périodes avancées de la métrite interne chronique[4].

[1] Nous avons étudié depuis quelques années un grand nombre de cas de ce genre. C'est en les comparant entre eux que nous avons pu arriver à quelques données nouvelles.

[2] Voyez figure 135.

[3] Qu'il ne faut pas confondre avec les fausses membranes résultant de la diphthérie, qui peuvent revêtir la surface utérine comme celle de toutes les muqueuses, mais n'ont rien à faire avec la dysménorrhée.

[4] Voyez figure 80, page 331.

4° Les produits d'un véritable avortement, pris souvent pour des débris dysménorrhéiques (fig. 136)[1].

Fig. 136. — Villosités choriales traitées par l'acide picrique et agitées dans l'eau pour les débarrasser de leur revêtement cellulaire (gross. de 4 diam.)

5° Des membranes de provenance vaginale, faciles à reconnaître à leur structure uniquement constituée par de grosses cellules d'épithélium pavimenteux.

Quelques-unes de ces variétés peuvent se trouver réunies chez une même malade. Ainsi nous avons vu des produits composés de mucus s'accompagner de véritables lambeaux de muqueuse.

Symptômes. — Les douleurs n'ont aucun caractère qui soit particulier à cette variété de dysménorrhée. Les époques menstruelles se montrent avec leur régularité habituelle. Quand cette régularité subit une modification, l'époque est en général plutôt retardée qu'avancée. Parfois elle revêt une forme ménorrhagique. C'est vers le deuxième ou le

[1] A ce propos, nous avons indiqué un procédé de technique qui permet d'obtenir facilement des préparations caractéristiques même à l'œil nu, quand on a affaire à un avortement. Il suffit de plonger la membrane à examiner dans une solution d'acide picrique pendant un quart d'heure environ. On saisit ensuite avec des pinces une parcelle du tissu, et on l'agite dans l'eau. Tous les éléments étrangers à la villosité choriale sont ainsi expulsés, et celle-ci reste isolée. On n'a plus qu'à l'étendre sur une lame de verre, ajouter un peu de glycérine et recouvrir d'une lamelle, pour obtenir ainsi une petite masse arborescente, rappelant la disposition de certaines algues marines, et qui ne peut être confondue avec aucun autre tissu. (Voy. figure 136. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1876, t. XXVIII, p. 141.

troisième jour, plus rarement vers le quatrième, qu'a lieu l'expulsion de la membrane. Si elle se produit au début des douleurs, celles-ci sont ordinairement moins vives. Dans d'autres cas, elles sont excessives, et la membrane, oblitérant l'orifice interne et arrêtant ainsi l'issue du sang au dehors, est rejetée en plusieurs lambeaux après un temps plus ou moins long. Les souffrances disparaissent, dans l'intervalle des règles, s'il n'y a pas de complications. Dans quelques cas, on observe, pendant l'époque intermenstruelle, un écoulement muco-purulent en rapport avec la métrite chronique qui accompagne la dysménorrhée membraneuse, dont elle est même fréquemment la cause.

Ces troubles morbides se renouvellent, la plupart du temps, à chaque période menstruelle. On les voit se prolonger pendant des années, quelquefois même pendant toute la phase d'activité génitale de la femme. Leur apparition limitée à une seule époque cataméniale est tellement rare, que beaucoup d'auteurs l'ont mise en doute[1]. En général, les accidents diminuent avec l'âge, ou sont remplacés par des ménorrhagies. La ménopause les fait complètement disparaître.

Chez certaines femmes, l'expulsion de fausses membranes a lieu sans amener d'accidents dysménorrhéiques proprement dits. Elle est parfois intermittente, ne se montrant que tous les deux ou trois mois, et coïncide alors avec quelques légères coliques et un écoulement de sang plus abondant ces fois-là que les autres. M. Bernutz[2] considère ces cas légers comme un premier degré de la maladie[3].

[1] Haussmann, *Berl. B. z. Geb. und Gyn.*, t. I, p. 156. — Le cas cité par Schrœder (*loc. cit.*, p. 314) ne peut pas trancher la question en l'absence d'examen histologique.

[2] Bernutz, *Arch. de tocologie*, 1879, p. 81.

[3] Les quelques cas de ce genre que nous avons rencontrés ne sont pas en rapport avec cette hypothèse. Chez les femmes qui ont eu ces légères mani-

Diagnostic. — C'est surtout avec une névralgie avec exaspération menstruelle qu'on pourrait confondre la dysménorrhée membraneuse. Dans la névralgie, on trouve des points disséminés, douloureux à la pression, persistant pendant l'intervalle des règles, surtout à l'union du corps et du col de l'utérus, plus souvent à gauche qu'à droite. Quant à la nature même du produit expulsé, l'examen histologique seul peut nous renseigner à cet égard et nous mettre ainsi sur la voie d'un traitement rationnel.

Pronostic. — La dysménorrhée membraneuse n'entraine pas la mort par elle-même. Elle n'en constitue pas moins une affection assez grave, à cause de la vie pénible et pleine de souffrances qu'elle impose aux femmes qui en sont atteintes, à cause de sa longue durée et de la résistance qu'elle oppose souvent aux divers modes de traitement.

C'est surtout au point de vue de la stérilité qu'elle mérite d'appeler l'attention. La plupart des malades présentant ces accidents menstruels sont et restent stériles. On en a vu néanmoins exceptionnellement, chez lesquelles la conception avait eu lieu. Dans ces conditions, la parturition fait cesser définitivement les accidents douloureux. Il n'en est pas cependant toujours ainsi, et d'autres fois les douleurs dysménorrhéiques se reproduisent de nouveau après un accouchement à terme. Ce qui prouve, par parenthèse, que la sténose du col, quoiqu'un facteur important, n'est pas tout dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Il est probable que le pronostic changera selon les cas, à mesure que les diverses variétés seront mieux connues.

festations, l'état est resté stationnaire et a conservé le même caractère de bénignité pendant tout le temps que nous les avons observées, plusieurs années pour quelques-unes. Au contraire, dans les cas très accusés, les douleurs vives s'étaient également montrées dès le début. Or, il nous semble que dans l'hypothèse de M. Bernutz la marche des phénomènes devrait être différente, ceux-ci s'accentuant de plus en plus à mesure que la maladie progresserait.

Étiologie. — La dysménorrhée membraneuse, sans être une affection très fréquente, est cependant moins rare qu'on ne l'a dit en général. Chez quelques femmes, on la voit débuter avec la menstruation initiale, tandis que, chez d'autres, elle est consécutive aux premiers temps du mariage, fort souvent à un avortement de quelques semaines passé inaperçu et par conséquent mal soigné. C'est là une étiologie commune à beaucoup d'affections des organes génitaux, sur laquelle nous ne saurions trop insister.

L'étude des phénomènes qui ont lieu du côté de la muqueuse utérine au moment des règles a beaucoup éclairé la pathogénie de certaines espèces de dysménorrhée membraneuse. Nous savons, en effet, qu'à cette époque, les glandes s'allongent et s'élargissent, que les tissus s'épaississent et s'infiltrent d'éléments embryonnaires. Ces changements se produisent lentement et avant l'écoulement sanguin. Puis une partie de cette muqueuse hypertrophiée se desquame peu à peu et par petites parcelles.

Or, certaines formes de dysménorrhée membraneuse ne sont qu'une exagération de ce processus normal. Au lieu de se faire par petites parcelles, la desquamation, ayant lieu en masse ou par grands lambeaux, nécessite des contractions utérines plus énergiques. Le rétrécissement de l'orifice cervical augmente encore les difficultés d'expulsion et l'acuïté des symptômes. Ceux-ci peuvent se montrer, même avec un col normal, si le produit à expulser est très volumineux. Enfin, certaines femmes présentent une excitabilité nerveuse exagérée qui fait que, sous l'influence d'un état anatomique identique, les souffrances sont beaucoup plus accentuées chez elles que chez d'autres.

Outre ces dispositions individuelles, une métrite interne, un polype, ou toute autre cause amenant une hypertrophie de la muqueuse utérine, peuvent être le point de départ de

la dysménorrhée membraneuse. On l'a attribuée à un développement incomplet de l'utérus, à une thrombose de la muqueuse. Des faits de ce genre ont pu se rencontrer, mais elle existe également en dehors de toute condition semblable. M. Gauthier l'a comparée à l'ichthyose linguale[1]. L'influence d'une mauvaise constitution, de la diathèse scrofuleuse, a également été invoquée. Nous avons eu l'occasion d'en observer des cas, chez des femmes de race arthritique, très bien constituées, et ne présentant aucune autre altération de leur santé.

Traitement. — Le traitement doit différer selon qu'on voit la malade au moment d'une crise ou dans l'intervalle, et se divise en moyens *locaux* et *généraux*. En dehors des périodes douloureuses, si le cathétérisme montre un rétrécissement du canal cervical, on pourrait recourir à l'incision conseillée par Sims. Nous employons plutôt la dilatation graduelle avec des bougies, ou avec les tiges de laminaria.

S'il n'y a pas de sténose du col, ni anatomique, ni spasmodique, et qu'on suppose une altération de la muqueuse du corps de l'utérus, on doit chercher à la modifier au moyen de caustiques liquides ou solides. Nous donnons la préférence au nitrate d'argent porté au moyen d'un hystéromètre, d'après le procédé de M. Siredey, que nous avons précédemment décrit à propos de la métrite interne chronique[2].

Ces divers modes de traitement ont tous donné des succès et des revers, souvent entre les mains d'un même observateur[3]. Les recherches anatomo-pathologiques nous ont expliqué, en partie, la différence d'action d'un même procédé

[1] Gautier, *De la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse*. Genève, 1878.
[2] Voyez figure 85, page 548.
[3] Quelques gynécologistes ont également conseillé les pessaires intra-utérins, dont nous repoussons plus que jamais l'usage dans ces conditions.

appliqué à des affections semblables en apparence et très différentes en réalité. On comprend, en effet, que les cautérisations réussissent, s'il y a endométrite, et soient au contraire inutiles ou nuisibles, si le processus pathologique consiste seulement en une hypertrophie simple ou une desquamation exagérée d'une muqueuse normale. Aussi croyons-nous que ce n'est qu'après un examen microscopique sérieux des produits expulsés qu'on peut instituer une thérapeutique logique et régulière.

Les indications du traitement général doivent être puisées dans l'état diathésique des malades. C'est ainsi que l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, utiles pour les unes, seront remplacés, pour d'autres, par l'arsenic ou les alcalins. L'hydrothérapie, les cures thermales, ont également une influence favorable. L'électricité a donné d'heureux résultats, dans des cas de ce genre, chez des malades qui avaient épuisé en vain tous les autres moyens curatifs[1].

La médication à opposer aux crises douloureuses ne présente ici rien de particulier. Comme dans la dysménorrhée simple, c'est aux narcotiques, aux suppositoires belladonés, à la teinture de chanvre indien, à la morphine, qu'on aura recours[2].

[1] *Dysmenorrhoea membranacea geheilt durch die Anwendung der Electricität*, von Alexander Solowieff (de Kazan). (*Arch. für Gyn.*, t. VIII, 1875, p. 527.)

[2] Les lavements froids avec addition de teinture d'opium et de camphre sont un bon moyen calmant.

Eau commune.	500 grammes.
Teinture d'opium	10 gouttes.
Camphre	20 centigr.
Jaune d'œuf n° 1.	

Il faut avoir soin de vider préalablement le rectum par un lavement simple, afin de garder le lavement médicamenteux.

VICES DE CONFORMATION DE L'OVAIRE

L'*absence des deux ovaires*, en tant qu'anomalie isolée, est un fait tellement rare, qu'il n'en existe, croyons-nous, aucune observation bien positive. Ce vice de conformation coïncide, à peu près toujours, avec d'autres arrêts de développement incompatibles avec la vie[1]. Les cas rapportés par les anciens, d'absence des ovaires chez l'adulte, étaient probablement consécutifs à la torsion des ligaments, d'où peut résulter une atrophie secondaire plus ou moins complète de l'organe.

Quelquefois l'anomalie est unilatérale et il n'existe qu'un seul ovaire. La trompe du même côté est alors presque toujours atrophiée. Le rein, dans plusieurs cas de ce genre, était également déplacé ou altéré, sans participation de la capsule surrénale. On a vu, chez certaines femmes, un ovaire unique s'accompagner d'utérus bifide, avec arrêt de développement d'une des cornes. Des grossesses gémellaires composées de deux produits de sexe différent, ayant existé dans ces conditions, ont montré que le même ovaire peut produire simultanément des ovules donnant lieu à des mâles et à des femelles, contrairement à l'opinion émise autrefois par quelques physiologistes.

Des *ovaires rudimentaires* coïncident ordinairement avec des lésions congénitales analogues du côté de l'utérus. Cependant ce rapport n'est pas nécessaire, et on peut, avec un utérus rudimentaire, rencontrer des ovaires normaux fonctionnant même avec activité[2]. Faits très compréhensibles, du reste, d'après ce que nous savons du développement indépendant des deux organes. L'examen histologique

[1] Puech, *Des ovaires, de leurs anomalies*. Paris, 1875.
[2] Voyez Siredey, et de Sinéty, *loc. cit.*, p. 28.

d'ovaires rudimentaires a prouvé, quelquefois, que les ovules et les follicules faisaient complètement défaut. D'autres fois on a constaté dans ces glandes, réduites aux dimensions d'un grain de chènevis, l'existence des ovules [1].

L'absence ou l'état rudimentaire des ovaires ne se reconnaît pendant la vie à aucun signe certain. On a dit que cette anomalie était liée à l'aménorrhée permanente. Nous avons montré que l'aménorrhée peut exister, malgré des ovaires très développés et une ovulation active. On a également avancé que l'ablation, ou la non-activité de ces organes, amenait des changements notables dans les formes et l'habitus extérieur de la femme. Ces rapports, en tout cas, sont loin d'être constants. Il résulte, en effet, des travaux les plus récents sur cette question, que le type féminin est parfaitement compatible avec l'atrophie congénitale ou le développement incomplet des deux glandes, et que les caractères sexuels apparents en sont tout à fait indépendants [2].

Ces organes ne paraissent non plus avoir aucune action sur les appétits sexuels. Ceux-ci étaient nuls chez la malade dont nous avons déjà rapporté l'observation, qui avait des ovaires normaux avec un utérus infantile. On a vu, au contraire, des femmes exceptionnellement passionnées, quoique porteurs de glandes rudimentaires [3].

La stérilité est forcément la conséquence de l'arrêt de développement des ovaires ou de leur ablation. La privation d'un seul de ces organes n'a aucune influence sur les fonctions génitales, et n'est pas une cause absolue de stérilité. En somme, les anomalies ovariennes peuvent se soupçonner, mais non s'affirmer pendant la vie, et l'aphorisme,

[1] Eppinger, *Prager Vierteljarschr.*, 1873, et Schrœder, *loc. cit.*, p. 326.

[2] Hegar, *Die Castration des Frauen*, *Sammlung Klin. Vorträge*, 1878, et *Centralblatt f. Gyn.*, 1878, p. 291.

[3] Roubaux, *De la stérilité*, etc., p. 544.

Propter solum ovarium mulier est quod est, n'est vrai que relativement à la reproduction.

Les *ovaires surnuméraires* sont généralement considérés comme rares. On trouve quelquefois, dans le voisinage de l'organe principal, de petites masses conjonctives de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un pois, creusées de cavités. L'examen histologique est nécessaire pour en reconnaître la structure. Tantôt nous avons rencontré de véritables ovaires surnuméraires contenant des ovules et des follicules de Graaf. D'autres fois, malgré leur ressemblance absolue à l'œil nu, ces productions étaient constituées par des fibromes minuscules, parsemés de kystes à épithélium vibratile[1].

D'après Beigel, les cas d'ovaires surnuméraires (fig. 137)

Fig 137. — Ovaires surnuméraires (d'après Beigel).

U. Portion de l'utérus vu par sa face postérieure. — T. Trompe. — P. Pavillon de la trompe. — O. Ovaire droit. — SS. Ovaires surnuméraires.

seraient plus fréquents qu'on ne l'a dit. Cet anatomiste en a rencontré 23 fois sur 500 autopsies d'adultes. Ils siégeaient presque toujours sur le bord péritonéal de la glande normalement développée, une seule fois sur la surface du ligament large[2]. La présence d'ovaires surnuméraires ne se ma-

[1] (*Société de biologie*, 1875, p. 259, et *Archives de physiologie*, 1876, p. 806.)

[2] *Pathologische Anatomie der weiblichen Unfruchtbarkeit*, von Hermann Beigel. Braunschweig, 1878, p. 42.

nifeste, chez la femme vivante, par aucun signe extérieur. Mais elle aurait peut-être une certaine importance relativement aux grossesses extra-utérines et à quelques kystes du ligament large[1].

HERNIES ET DÉPLACEMENTS DE L'OVAIRE

Anatomie pathologique. — Les hernies de l'ovaire le plus souvent observées appartiennent à la variété inguinale[2]. Les crurales sont plus rares (9 sur 38). Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les formes abdominale, ischiatique ovalaire, vaginale ou ovariocèle vaginale. Tantôt simples et tantôt doubles, elles sont quelquefois complexes, et l'ovaire accompagne l'intestin dans la formation de la tumeur herniaire. La glande ovarienne, dans ces conditions, peut s'enflammer et donner lieu à un abcès. On l'a vue également s'atrophier ou être atteinte de dégénérescence kystique ou cancéreuse.

Symptômes.— L'ovaire hernié constitue une tumeur piriforme, de la grosseur d'une noix ou d'un œuf, rarement plus volumineuse, s'il n'y a pas de productions kystiques concomitantes. Presque toujours irréductible, surtout dans la variété congénitale, cette tumeur ressemble, au premier abord, à un ganglion lymphatique engorgé, dont elle a à peu près la consistance. Sa sensibilité à la pression, assez notable à n'importe quelle époque, augmente, ainsi que son volume, au moment de la période cataméniale. Dans quelques observations, on a noté une plus grande acuïté de la douleur sous l'influence des rapprochements sexuels, ou si

[1] C'est là une simple hypothèse, que nous avons émise pour appeler sur ce point l'attention de ceux qui feront des autopsies de ce genre, où cette origine pourrait être recherchée.

[2] Voyez Perc. Pott, *Chirurg. observations.* — Deneux, *Sur la hernie de l'ovaire*, Paris, 1813, et Loumaigne, *De la hernie de l'ovaire*, thèse de Paris, 1869.

la malade se couche du côté sain[1]. Du reste, les troubles consécutifs à cette lésion sont très variables selon les sujets. A peine accusés et insignifiants pour les uns, ils acquièrent chez d'autres une grande intensité.

Diagnostic. — On pourrait confondre une hernie ovarienne avec un ganglion lymphatique hypertrophié. Mais le ganglion n'est jamais possible à isoler, à pédiculiser, comme la tumeur herniaire. En outre, au moyen du toucher et du palper combinés, on constate, dans le second cas, que l'utérus est attiré du côté de la tumeur et que les mouvements communiqués au col utérin sont légèrement perçus par la main appliquée sur le point tuméfié.

Le diagnostic d'avec la hernie intestinale se basera, surtout, sur la différence de consistance. Molle, pâteuse, si c'est l'intestin, elle est dure, résistante pour l'ovaire. L'augmentation de volume et l'exagération des phénomènes d'acuité, au moment des règles, ont une grande importance quand ils existent, et s'observent plus ordinairement pour l'ovaire[2]. Ce ne sont cependant pas des signes absolument pathognomoniques. On les a notés dans des cas où l'intestin était seul en cause. L'erreur serait plus facile à commettre si on avait affaire à un ovaire kystique, dont la densité pourrait un peu rappeler celle de l'intestin. La stérilité est la règle dans les cas de hernies ovariennes doubles. Elle n'est néanmoins pas certaine, et on a vu la conception avoir lieu dans ces conditions.

Étiologie. — Les hernies de l'ovaire sont *congénitales* ou *acquises*. Les variétés inguinales sont presque toujours congénitales et s'accompagnent quelquefois d'autres vices de

[1] Beigel, *loc. cit.*, t. I, p. 436. Toutes les fois que nous citons Beigel en indiquant le tome, la citation se rapporte à son *Traité des maladies des femmes*.

[2] D'après Englisch, ce phénomène s'observait dans 13 cas seulement sur 38. (Englisch, *Medicinische Jahrbücher*, 1871.)

conformation. Le processus qui les amène doit être comparable à ce qu'on observe dans la descente du testicule chez l'homme. Les autres formes sont plus souvent acquises. Elles se produisent de préférence au moment des couches, chez des malades présentant déjà des hernies inguinales.

Traitement. — Les hernies ovariennes inguinales étant le plus souvent irréductibles, la première indication sera de les protéger contre les dangers d'un traumatisme au moyen d'une pelote concave. Si elles viennent à s'enflammer, on aura recours aux antiphlogistiques d'abord, à l'évacuation du pus ensuite, quand on constate la fluctuation.

La réduction n'est possible, en général, que pour les hernies acquises. On l'a obtenue, quelquefois, en dilatant avec les doigts le trajet, et sans opération sanglante. D'autres fois le débridement a donné des résultats favorables[1]. La réduction, une fois obtenue, sera maintenue au moyen d'un bandage approprié. Les crises douloureuses seront calmées par les narcotiques, surtout par les injections de morphine. Mais, si les souffrances devenaient par trop vives et presque continues, ou s'il existait un kyste de l'ovaire hernié, il y aurait lieu de tenter la cure radicale par l'ablation de la tumeur. Cette opération a donné des succès et des revers entre les mains de plusieurs chirurgiens. Dans des cas de kystes ovariques herniés, on a amené la guérison par la ponction suivie d'injection iodée.

Les *déplacements des ovaires* sont surtout dus aux inflammations de voisinage et aux adhérences qui en résultent. C'est ainsi qu'on les voit fixés à la trompe, à une des faces de l'utérus, sur un point quelconque des culs-de-sac.

Les signes cliniques qu'on a donnés pour reconnaître ces divers déplacements, tels que la douleur au toucher, pen-

[1] Maisonneuve, *Opérations applicables aux maladies de l'ovaire*, Paris, 1850.

dant les rapprochements sexuels, ou l'acte de la défécation, sont plus théoriques que pratiques. Si l'ovaire n'est pas augmenté de volume, on ne peut faire qu'un diagnostic de probabilité, même en employant le toucher vaginal et rectal, et tous les moyens d'exploration dont on dispose. La torsion du pédicule, ou ligament ovarien, ne se montre guère que dans les cas de tumeurs, où il acquiert une importance que nous signalerons à propos des kystes ovariques.

HÉMORRHAGIES DE L'OVAIRE

Sous l'influence de la congestion menstruelle, on peut voir se produire des hémorrhagies de l'ovaire. On les a divisées en *folliculaires* et *parenchymateuses*, selon qu'elles avaient lieu aux dépens des follicules de Graaf, ou du tissu ovarien lui-même. La déchirure physiologique d'un follicule peut entraîner une légère hémorrhagie, quoique ce phénomène ne soit pas constant, ainsi qu'on l'avait cru pendant longtemps[1]. Il est très rare que la quantité de sang, dans ce cas-là, soit assez considérable pour avoir une signification pathologique. D'autres fois, l'apoplexie siège dans le follicule avant sa déchirure. Le plus souvent alors, on n'observe pas la rupture des parois. Celles-ci s'épaississent, s'indurent et forment ainsi un kyste hématique. L'ovule s'altère et disparaît, et le sang finit par être résorbé. Selon la période qu'on observe, la poche kystique est remplie de sang pur ou d'un liquide chocolat. Dans les phases avancées, il ne reste plus que des débris pigmentaires, ou des cristaux d'hématoïdine. Les tumeurs de cette nature ne dépassent guère le volume

[1] Le rôle qu'on avait fait jouer au caillot sanguin dans la formation du corps jaune était tout à fait imaginaire.

d'une noix ou d'un œuf[1]. Si la quantité de sang est considérable, un hématocèle pourrait s'ensuivre. Dans les cas où un kyste de dimension quelconque donne lieu à un épanchement de plusieurs livres de sang, on se demande si on n'avait pas affaire à une grossesse extra-utérine au début.

Les hémorrhagies se montrent dans les kystes ovariques, surtout comme conséquence de la torsion du pédicule. La possibilité du même processus n'est pas prouvée pour l'ovaire normal. La congestion menstruelle amène rarement des hémorrhagies interstitielles. Celles-ci sont plus fréquentes à la suite des maladies générales, purpura, maladie de Werloff, scorbut, typhus, variole, scarlatine, rougeole, fièvre puerpérale. Elles sont tantôt disséminées et limitées à quelques points. D'autres fois elles envahissent tout le tissu ovarien, qui peut lui-même être détruit, et ne plus consister qu'en une bouillie noirâtre contenue dans une poche aux parois épaisses. Ces hémorrhagies interstitielles sont aussi sous la dépendance d'oblitérations veineuses et ont été observées même chez le nouveau-né. Nous en avons rencontré assez souvent, irrégulièrement disposées dans les couches superficielles de l'ovaire, dans des cas de pelvipéritonite avec périovarite et néo-membranes entourant la glande. C'est principalement sur les points où les néo-membranes adhéraient au tissu ovarien, que se produisaient ces petits foyers disséminés.

Ces lésions ne sont généralement pas possibles à diagnostiquer pendant la vie, et ne présentent d'intérêt clinique que s'il y a rupture des parois et hématocèle. Cependant, quelquefois, on peut faire un diagnostic de probabilité, basé sur les signes suivants : tumeur de petit volume, située dans la région ovarienne, arrondie, mobile, apparaissant

[1] Léopold a cité un cas de tumeur de ce genre qui avait atteint les dimensions d'une tête de fœtus. (*Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 302.)

subitement au moment de la période menstruelle et disparaissant peu à peu et lentement sous la seule influence du repos[1]. Les douleurs ressenties par les malades n'ont pas l'acuïté et la violence qu'on observe dans les cas d'hématocèle, dont l'hémorrhagie ovarienne se distingue en outre par son siège, sa forme et sa mobilité. Sa terminaison a lieu par résolution ou par suppuration. Elle peut aussi devenir mortelle à la suite d'une péritonite.

DE L'OVARITE

Les auteurs qui ont le plus insisté sur l'importance de l'ovarite ont cependant reconnu que l'inflammation limitée à l'ovaire est excessivement rare[2]. Ainsi les cas de Bouveret[3], de Darolles[4], s'accompagnaient de péritonite et d'adhérences, et la plupart de ceux terminés par résolution pourraient recevoir une autre interprétation que celle qui leur a été donnée[5]. Pour nous, ce qui domine l'histoire de l'ovarite, c'est la pelvipéritonite et la lymphangite. La présence du pus ou d'un liquide louche, observés dans les follicules de Graaf, accentue encore davantage ce rapprochement. Nous savons, en effet, que le follicule est entouré par un tissu lymphatique réticulé comparable à celui des ganglions.

La douleur qu'on provoque chez certaines femmes, en pressant sur la région ovarienne, n'est pas due non plus à une ovarite, comme l'avaient cru quelques auteurs. Car dans les cas où nous avons examiné les organes génitaux d'hystériques, qui montraient au plus haut point cette hyperhesté-

[1] Dans un des cas de Léopold, la tumeur avait mis douze semaines à disparaître.

[2] Gallard, *loc. cit.*, p. 731.

[3] Bouveret, *Annales de gyn.*, 1878, p. 427.

[4] Darolles, *Ann. de gyn.*, 1876, p. 419.

[5] A. Guérin, *Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 81 et 106.

sie locale, nous n'avons jamais observé d'inflammation de ces glandes [1].

Dans les quelques ovarites chroniques que nous avons eu l'occasion d'étudier histologiquement, les lésions de l'ovaire paraissaient être secondaires. Elles consistaient surtout en un épaississement considérable de la couche externe (albuginée des anciens anatomistes). En outre, on observait, à la surface, des bourgeons fibreux revêtus d'épithélium cylindrique bas, ou des néo-membranes également fibreuses et tapissées à leur face glandulaire par les mêmes éléments. Les petits foyers hémorrhagiques, quand il en existait, ne se rencontraient qu'à la périphérie. Les vaisseaux n'étaient augmentés de volume et plus nombreux que dans la couche la plus externe, d'où on pouvait conclure à leur origine péritonéale. Jamais nous n'avons trouvé d'altérations dans les régions profondes de la glande. Les cicatrices étoilées, les granulations pigmentaires et les cristaux d'hématoïdine, signalés comme des faits pathologiques, se rencontrent également à l'état normal.

On voit, d'après cet énoncé, que notre description de l'ovarite sera plutôt basée sur les opinions des différents auteurs qui nous ont précédé, que sur les résultats de nos propres recherches.

Anatomie pathologique. — Malgré les modifications si considérables produites dans l'ovaire par la congestion menstruelle, l'inflammation de cet organe est certainement rare. Ces deux états sont du reste difficiles à différencier au point de vue anatomique. On a divisé l'ovarite en *folliculaire* et *parenchymateuse*. Ces expressions ont été employées dans un sens différent, selon les auteurs. C'est ainsi que

[1] Voyez *Archives de physiologie*, 1876, p. 803, et *Photographie iconographique de la Salpêtrière*, t. I, p. 11.

M. Slawianski[1] admet une forme *parenchymateuse* et une forme *interstitielle*, cette dernière correspondant à la parenchymateuse des autres, tandis que la parenchymateuse de Slawianski est synonyme de la folliculaire de quelques Allemands. Dans cette dernière variété, les lésions se localisent dans les follicules primordiaux les plus externes, qui sont rouges, friables, leur contenu trouble ou purulent, le tissu qui les entoure infiltré. L'épithélium folliculaire (membrane granuleuse) est d'abord altéré, l'ovule conservant encore ses caractères normaux. Celui-ci dégénère à son tour, et c'est la membrane pellucide qui disparaît la dernière[2].

Dans la forme interstitielle, les deux glandes sont presque toujours atteintes. Leur volume est augmenté, leur couche externe (albuginée) est épaissie et leur surface mamelonnée, irrégulière, parsemée de bourgeons fibreux ou de néo-membranes de même nature. Le parenchyme ovarien est œdémateux, infiltré d'éléments embryonnaires, présentant des points hémorrhagiques. Dans les cas un peu intenses, les follicules sont également lésés, ils s'atrophient, et le tissu tout entier se transforme, au point que les deux ovaires ne sont plus représentés que par deux poches contenant une masse caséeuse ou purulente. Les adhérences qui les unissent aux organes voisins leur donnent les positions les plus variées.

Symptômes.—On a admis deux formes cliniques de l'ovarite, la forme *aiguë* et la forme *chronique*. Le symptôme le plus constant serait une douleur violente, profonde, pongitive[3], accompagnée de frissons, de fièvre, de nausées et de

[1] Slawianski, *Arch. f. Gyn.*, t. III, p. 185.

[2] C'est également la membrane pellucide qui représente le dernier vestige de l'ovule dans l'atrésie des follicules. Voyez page 537.

[3] On a beaucoup exagéré la sensibilité de l'ovaire à l'état normal. Il est facile de s'en assurer dans les cas où, sous l'influence de tissus relâchés et très dépressibles, on arrive à saisir la glande entre deux doigts introduits dans le vagin et les doigts de l'autre main déprimant les parois abdominales.

vomissements. Mais, comme on n'a jamais vu, à l'autopsie, d'ovarite isolée sans lésions de voisinage, il est possible que tous ces phénomènes se produisent sous l'influence de l'inflammation du péritoine environnant. Nous en dirons autant de la sensibilité du ventre, des troubles de la miction et de la défécation. On a prétendu que l'ovarite compliquant la menstruation donnait lieu à des métrorrhagies abondantes. Tous ces symptômes s'amendent peu à peu et les fonctions génitales reprennent leur caractère normal, ou bien la forme aiguë passe à l'état chronique. Les cas d'abcès ovariques ouverts dans la vessie, le vagin ou le rectum, rapportés par les anciens auteurs, étaient le plus souvent le résultat de la pelvipéritonite. Les métrorrhagies et les ménorrhagies ont été signalées dans les formes chroniques, comme dans les variétés à marche aiguë. Aucun des symptômes que nous venons d'énumérer n'est, du reste, pathognomonique et spécial à cette affection.

Diagnostic. — La plupart des soi-disant ovarites diagnostiquées pendant la vie sont des périmétrites ou des lymphadénites circum-utérines. Même quand la glande ovarienne fait partie de la tumeur, ce sont les inflammations du péritoine qui dominent la symptomatologie. Dans les cas où l'organe était isolable, arrondi et très augmenté de volume, on avait plutôt affaire à un kyste enflammé.

Pronostic. — La forme aiguë est généralement peu grave, à moins qu'elle n'arrive à suppurer. On trouve quelquefois à l'autopsie les deux ovaires dégénérés et transformés en deux poches purulentes, sans que pendant la vie rien eût appelé l'attention de ce côté. La forme chronique est souvent lente à disparaître. La stérilité domine l'importance du pronostic. Dans ces circonstances, les causes de non-fécondation sont complexes et peuvent résulter de la fixation de l'ovaire loin du pavillon de la trompe, de l'enveloppe formée par les néo-

membranes fibreuses, enfin de la disparition, de l'atrophie, ou de la dégénérescence des follicules, quelquefois même de tout le tissu ovarien.

Étiologie. — L'ovarite aiguë est rare en dehors de la puerpéralité. Chez les nouvelles accouchées, elle peut être consécutive aux lésions du système lymphatique qui se produisent du côté de l'ovaire, ainsi que dans l'utérus, le péritoine, les ligaments larges. Slawianski considère la variété folliculaire comme fréquente dans quelques maladies aiguës ou fièvres graves, typhus, variole, etc. Dans ces conditions, l'inflammation de l'ovaire n'est que secondaire et n'a que peu d'importance clinique, subordonnée qu'elle est à la maladie générale.

On a prétendu que la suppression brusque des règles était cause d'ovarite. La fréquence de l'une relativement à la rareté de l'autre montre que ce rapport, s'il existe, est loin d'être constant. Comme nous l'avons dit à propos de la métrite[1], l'aménorrhée transitoire, dans ces circonstances, est bien plutôt l'effet que la cause de la lésion organique. L'importance étiologique attribuée à l'onanisme et aux excès sexuels est plus une idée théorique, en rapport avec le rôle exagéré qu'on avait fait jouer à l'ovaire dans la pathogénie des maladies des femmes, que le résultat de faits d'observation. Les formes chroniques, aussi bien que celles à marche aiguë, sont souvent liées à l'état puerpéral et s'accompagnent également de pelvipéritonite.

Les variétés d'ovarite ourleuse[2], blennorrhagique, syphilitique, ont été surtout admises grâce à des idées à *priori* basées sur la ressemblance, plus apparente que réelle, qui

[1] Voyez page 231.

[2] Voyez une observation du docteur Lizé (du Mans), *Annal. de gynéc.*, 1876, p. 298.

[3] Voyez, à propos de l'ovarite de nature blennorrhagique, ce que nous avons déjà dit, page 118.

existe entre le testicule et la glande ovarienne. Nous en dirons autant de la forme rhumatismale, acceptée à une époque où on considérait la surface de l'ovaire comme étant de nature séreuse, tandis qu'elle se rapproche bien davantage d'une muqueuse.

Traitement.—Les malades atteintes d'ovarite aiguë garderont le repos au lit, prendront des bains tièdes et des irrigations vaginales continues. Les antiphlogistiques, sous forme de saignées locales, de sangsues appliquées sur l'abdomen, seront surtout indiqués. Contre les phénomènes douloureux, les narcotiques, le chloral, le chloroforme, et principalement les injections de morphine, devront être mis en usage. Il est utile de débarrasser le rectum par des lavements glycérinés ou de petites doses d'huile de ricin. On surveillera la vessie et on la videra au moyen du cathétérisme, si la miction est pénible ou incomplète[1]. Enfin, si la tumeur devient nettement fluctuante et fait saillie sur un point, on évacue le pus, de préférence avec un appareil aspirateur. Les malades qui ont subi une première fois une phlegmasie de l'ovaire sont exposées aux récidives. Aussi devra-t-on leur proscrire tout ce qui congestionne les organes génitaux.

Dans les formes chroniques, presque toujours accompagnées d'un certain degré d'anémie, il est utile de faire usage du fer et du quinquina. On a conseillé, comme dans la pelvipéritonite, les préparations iodées, l'iodure de potassium ou la teinture d'iode[2]. Les eaux minérales peu excitantes

[1] Nous avons oublié de signaler, à propos du cathétérisme de la vessie, page 28, une disposition que l'on observe quelquefois et qui peut embarrasser, si on n'est pas prévenu. Il existe normalement chez certaines femmes, au pourtour de l'orifice uréthral, de nombreuses caroncules simulant des excroissances, qui masquent le méat. Dans ces cas, on cherche toujours l'urèthre trop bas. C'est au-dessus de ces sortes d'excroissances frangées qu'on trouve généralement l'orifice.

[2] 5 gouttes de teinture d'iode dans un demi-verre d'eau de riz, à prendre trois fois par jour.

sont également indiquées. Si les malades présentaient des métrorrhagies ou des ménorrhagies, on emploierait, contre cette complication, les moyens que nous avons déjà énumérés.

TUMEURS DE L'OVAIRE

Kystes de l'ovaire.

Anatomie pathologique. — Dans l'ovaire, plus que dans tout autre organe, les néoplasmes ont une tendance à revêtir la disposition kystique. Le plus souvent un seul ovaire est atteint, d'autres fois les deux sont malades. Nous avons observé des cas où le deuxième ovaire n'était pas augmenté de volume et paraissait sain à l'œil nu, quand le microscope permettait de constater que son tissu était déjà altéré. Ce sont tantôt les masses solides qui entrent pour la plus grande part dans la constitution de la tumeur, tantôt, au contraire, l'élément liquide. Aussi trouve-t-on tous les intermédiaires entre les ovaires kystiques, les tumeurs kystiques, et ces grands kystes qui arrivent à former d'énormes néoplasmes remplissant toute la cavité abdominale (kystomes des Allemands).

On divise en général les kystes ovariques en ***uniloculaires*** et ***multiloculaires***. Cette distinction est utile à conserver dans le sens chirurgical du mot, mais elle est illusoire au point de vue anatomique. Même dans les cas où il n'existe qu'une seule poche apparente, on rencontre dans l'épaisseur des parois de petites cavités secondaires. Si bien que sur plus de 60 cas que nous avons examinés, pas un seul n'était uniloculaire, anatomiquement parlant[1].

Nous n'en conservons pas moins les classifications cliniques, et nous appelons ***uniloculaires*** ceux constitués par

[1] *Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire*, Malassez et de Sinéty, *Archives de physiologie*, 1878 et 1879.

une seule grande poche libre ou cloisonnée; *pauciloculaires* ceux qui possèdent deux ou trois cavités principales; enfin

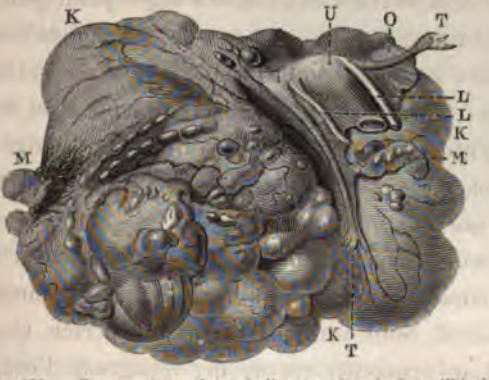


Fig. 138. — Kyste multiloculaire de l'ovaire (d'après Cruveilhier).

KK. Bosselures et vésicules de divers ordres faisant saillie à la surface. — MM. Matière gélatiniforme s'échappant de divers points ouverts. — TT. Trompes (la droite très allongée est appliquée sur la tumeur). — LL. Ligaments ronds. — U. Utérus. — O. Ovaire gauche.

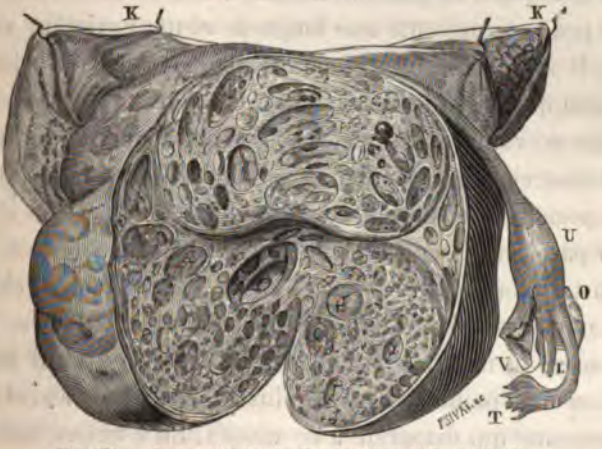


Fig. 139. — Kyste aréolaire de l'ovaire (d'après Cruveilhier).

KK. Débris des parois du kyste principal dans lequel était contenue la masse aréolaire. — U. Utérus déformé se continuant directement avec la trompe droite appliquée sur la tumeur. O. Ovaire gauche. — L. Ligament rond gauche. — T. Trompe gauche. — V. Col de l'utérus et partie supérieure du vagin fendue.

multiloculaires (fig. 138) et *aréolaires* (fig. 139) ceux qui présentent de nombreuses poches de forme et de dimen-

sions variables, disposition qu'on a comparée à un gâteau de miel[1]. Des kystes secondaires, des végétations, font saillie, tantôt à la surface externe des loges principales, tantôt à leur face interne. Elles sont sessiles ou pédiculées et rappellent alors la disposition d'une grappe de raisin. Quelquefois ces cavités sont closes de toute part et isolées les unes des autres, ou bien elles communiquent entre elles par des orifices circulaires, amincis sur leurs bords et comme taillés à l'emporte-pièce.

Les vésicules transparentes, ainsi disséminées à la superficie du néoplasme, avaient fait croire à l'existence de follicules de Graaf. Nous verrons qu'il n'en est rien. Quelquefois cependant, on rencontre encore des vestiges de l'ovaire ayant conservé ses caractères. C'est dans le voisinage du pédicule qu'il faut les chercher. Dans les tumeurs très volumineuses, il n'existe plus, en général, aucune trace de tissu ovarien.

Le pédicule présente une longueur et une épaisseur variables. Il se forme aux dépens du ligament utéro-ovarien et contient de gros vaisseaux, dont l'artère ovarienne très augmentée de volume. Ces troncs vasculaires donneraient lieu à des hémorrhagies formidables, si on sectionnait le pédicule sans prendre toutes les précautions nécessaires.

La paroi des grandes poches présente trois couches distinctes, qu'on peut séparer l'une de l'autre par la simple dissection au moyen des doigts. L'externe et l'interne sont fibreuses. La moyenne est formée de tissu conjonctif lâche. Sur certains points il n'existe plus que deux couches, et c'est la moyenne qui disparaît à ce niveau. En d'autres endroits il n'y en a même plus qu'une. Les artères siègent principalement dans la couche moyenne, les veines dans les couches moyenne et externe. Cette dernière catégorie de vaisseaux

[1] Voyez figure 159.

possède des parois épaisses et très musculaires, ce qui les a souvent fait prendre pour des artères[1]. Sur certains points, les veines se confondent avec les tissus qui les entourent et rappellent la disposition des sinus de la dure-mère. Les lymphatiques (que nous avons étudiés, au moyen d'injections de nitrate d'argent) sont très nombreux dans les parois et se continuent avec ceux des ligaments larges. On observe, dans certains kystes, des fibres musculaires lisses, souvent très abondantes. La présence de ces éléments nous rend peut-être compte de la diminution de volume de tumeurs de ce genre, obtenue à l'aide des injections d'ergot de seigle[2].

La surface externe des kystes de l'ovaire est tapissée d'une couche d'épithélium cylindrique bas, qu'on ne peut pas confondre avec l'endothélium péritonéal. La nature de ce revêtement explique comment, malgré un développement déjà notable, certains kystes ne contractent que des adhérences tardives. Malheureusement la présence de l'épithélium, tout en rendant les adhérences moins fréquentes, n'en empêche pas la production, à la suite de poussées inflammatoires. D'où le précepte pratique de toucher le moins possible aux tumeurs de l'ovaire, si on veut les opérer ensuite.

La surface interne est revêtue de formes épithéliales diverses, caliciformes, cylindriques simples ou à cils vibratiles. D'autres fois on rencontre des éléments d'aspect indéterminé et bizarre, auxquels M. Malassez a donné le nom d'*épithélium métatypique*[3]. Plusieurs épithéliums peuvent coexister dans une même cavité. Le liquide contenu dans les

[1] Cette structure des veines explique l'erreur commise par les anatomistes qui disaient que dans les kystes de l'ovaire tous les vaisseaux étaient artériels.

[2] Gray, *Obstetrical journal*, 1876, analysé dans la *Revue des sciences médicales*, 1876, t. IX, p. 179.

[3] Malassez, *Archives de physiologie*, 1877, p. 44, et Malassez et de Sinéty, *loc. cit.*, p. 356.

kystes, variable selon les cas, est en rapport avec la nature du revêtement. Limpide et filant avec les cellules cylindriques, il devient épais et gélatiniforme quand l'épithélium caliciforme domine[1].

Tantôt transparent, tantôt jaunâtre ou purulent, il est quelquefois mélangé avec une plus ou moins grande quantité de sang, d'où les liquides rougeâtres, bruns, chocolat. Ces produits, quelle que soit leur apparence, sont toujours complexes, et dépendent, non seulement de la sécrétion épithéliale, mais encore de restes d'éléments dégénérés et d'une plus ou moins grande quantité de sérum transsudé. La *paralbumine*, considérée par quelques auteurs comme spécifique et n'appartenant qu'à cette variété de tumeur, peut également se rencontrer ailleurs et dans d'autres conditions. La densité et la composition chimique du contenu kystique n'est nullement constante. On y observe le plus souvent des substances protéiques, des sels et de la graisse en quantité variable; exceptionnellement du sucre et de l'urée[2].

Les kystes de l'ovaire sont exposés à une série de transformations que nous passerons brièvement en revue.

Les *hémorrhagies* se produisent surtout dans les formes papillaires. Si l'épanchement sanguin est abondant, ce que l'on observe le plus souvent dans les cas de torsion du pédicule, la tumeur acquiert tout d'un coup une augmentation de volume considérable.

L'*inflammation* peut amener, soit une péritonite, soit la suppuration de la cavité. Cette inflammation, rarement spontanée, est presque toujours consécutive à une ponction ou à un traumatisme. Elle entraîne quelquefois la rupture du

[1] Nous avons insisté sur la nature de ce produit muqueux dépendant de l'épithélium caliciforme, à propos des glandes du col de l'utérus. Voyez page 212.

[2] Voyez, pour la composition chimique de ces divers liquides, Olshausen, *Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgard, 1877, p. 71.

kyste dans un organe auquel il est adhérent, ou dans le péritoine lui-même.

La *perforation* de la poche se produit sous l'influence d'un abcès, d'une gangrène, mais, plus souvent, par l'action des végétations papillaires qui usent et perforent les parois.

Dans les cas de *kystes tubo-ovariens*, décrits en particulier par Richard, on a presque toujours affaire à l'ouverture d'une tumeur kystique dans la trompe fixée par des adhérences.

La *dégénérescence graisseuse* de l'épithélium ou des parois ne se montre guère que partiellement. La pression du contenu peut amener la destruction des kystes secondaires et des tubes épithéliaux, et former ainsi une grande cavité qui reste stationnaire. Des modifications se produisent également dans la tumeur, consécutivement à la *torsion du pédicule*. Dans certains de ces néoplasmes, on observe des *parties calcifiées*. Enfin, sous l'influence de causes qui nous sont tout à fait inconnues, les kystes ovariques revêtent les caractères de *tumeurs malignes*, se généralisent du côté de l'utérus, du rectum, de la cavité péritonéale, quelquefois même dans des organes plus éloignés, et récidivent après l'ablation [1].

Développement et mode de prolifération. — On a cru pendant longtemps que les kystes de l'ovaire se développaient aux dépens des follicules de Graaf. Il existe bien, en effet, des ovaires kystiques par hydropisie folliculaire. Mais les cavités ainsi produites n'atteignent pas un volume considérable, et dans aucun des cas de grands kystes que nous avons examinés, on ne pouvait admettre cette origine. Chez les nouveau-nés, on observe souvent une hypertrophie folliculaire triplant ou quadruplant quelquefois le volume de

[1] Voyez, à ce sujet, les observations de M. Panas, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1874, et *Gaz. des hôpit.*, 1874, nos 89 et 92.

la glande. Il résulte de nos recherches à ce sujet[1] que les cavités les plus volumineuses sont plissées, revenues sur elles-mêmes, présentent en un mot un commencement d'*atrésie*. Nous avons observé les mêmes faits sur les ovaires kystiques des femmes adultes, résultant d'une hydropisie des follicules, et dont la structure n'a aucun rapport avec celle des néoformations pathologiques dont nous nous occupons en ce moment. Du reste, tous les auteurs qui ont admis l'origine folliculaire des grands kystes, dans les rares cas où ils ont constaté la présence d'un ovule, n'en ont jamais trouvé dans une cavité dépassant le volume d'une noisette ou d'une noix au plus[2].

On a décrit des kystes provenant des corps jaunes, d'autres d'origine hématique, d'autres enfin résultant du ramollissement du stroma ovarien. Ces différentes variétés de tumeur n'acquièrent jamais des dimensions considérables, et ne présentent par conséquent qu'un intérêt anatomo-pathologique. Nous ne nous en occuperons pas plus longuement, pour revenir à celles dont l'importance clinique est incontestable.

Si les grands kystes de l'ovaire ne résultent pas de l'hypertrophie des follicules de Graaf, ces deux productions anatomiques nous semblent, cependant, avoir une origine commune, l'*épithelium germinatif de la surface de l'ovaire*. Seulement, dans les cas de kystes, la néoformation épithéliale, au lieu de constituer les tubes de Pflüger, puis les follicules primordiaux, enfin en dernier lieu les follicules de Graaf, cette formation, disons-nous, se serait engagée dans une direction moins spéciale et moins élevée et n'au-

[1] *Recherches sur l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né* (*Archives de physiologie*, 1875, p. 501).

[2] Quand des ovules se rencontrent sur un point de la tumeur, c'est, le plus souvent, dans le voisinage du pédicule, ainsi que nous l'avons déjà signalé.

rait abouti qu'au type vulgaire d'épithélium de revêtement, donnant naissance à des tubes et à des cavités plus ou moins sphériques n'ayant qu'une bien vague similitude avec les tubes de Pflüger et les follicules. Frappé de la ressemblance qui existe entre l'épithelium de ces tumeurs et le revêtement des muqueuses normales, M. Malassez a proposé pour elles la dénomination d'*épithélioma mucoïde*[1].

Nous avons pu suivre le processus du développement depuis ses phases initiales sur des ovaires qui n'étaient pas encore augmentés de volume, quoique présentant les premiers vestiges histologiques de la lésion (fig. 140[2]). On voit d'abord se produire des invaginations épithéliales comparables à des glandes en tubes (fig. 140, *c*). La nature de cet épithélium varie, et passe des cellules caliciformes aux cellules cylindriques simples, ou à cils vibratiles. En pénétrant plus profondément dans le stroma ovarien, ces néoplasies se dilatent sur certains points (fig. 140, *d*). La sécrétion épithéliale, distendant de plus en plus les espaces dilatés, donne lieu à des cavités kystiques qui continuent à s'accroître, jusqu'à produire ces énormes tumeurs que nous connaissons sous le nom de kystes de l'ovaire.

La formation de ces épithéliomes kystiques ressemble donc beaucoup à ce que nous connaissons du mode de développement de l'ovaire normal, aux dépens de l'invagination de l'épithélium de la surface. On pourrait encore se demander si la pénétration de l'épithélium de la surface dans le stroma ovarien est bien, du commencement à la fin, un phénomène récent, ou si elle ne résulte pas de quelque malformation dans l'embryogénie de l'organe, malformation latente dont les conséquences funestes ne se montreraient

[1] Voyez *Bulletins de la Société anatomique*, 1874, p. 362.
[2] De Sinéty et Malassez, *Bulletins de la Société anatomique*, 1876, p. 540.

que plus tard[1]. Quoi qu'il en soit de l'origine première des kystes ovariques, on doit reconnaître dans leur développement deux stades. Le premier est la formation glandulaire, le second la dégénérescence kystique.

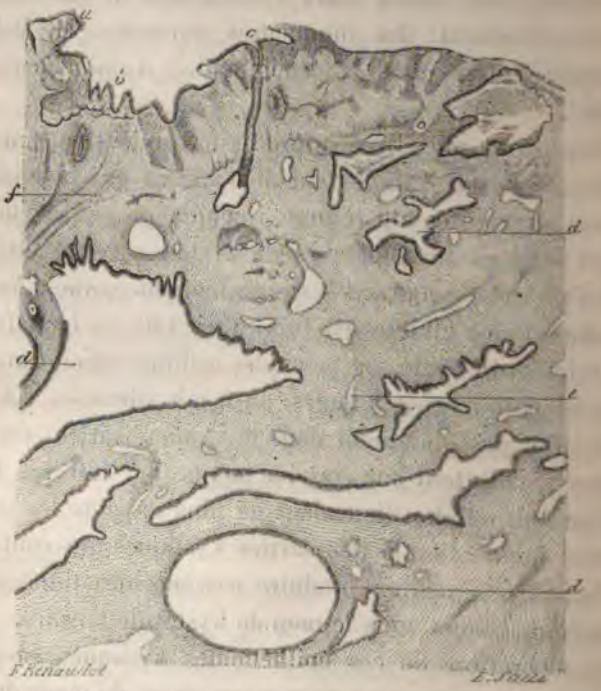


Fig. 140. — Coupe d'un ovaire kystique par néoformation épithéliale (gross. de 25 diam.).

a. Épithélium de la surface de l'ovaire. — *b*. Dépressions épithéliales. — *c*. Tube épithélial s'ouvrant à la surface de l'ovaire. — *d*. Cavités kystiques de formes et de dimensions variables. — *e*. Vaisseaux. — *f*. Stroma ovarien.

Leur mode de prolifération se fait par deux processus différents, qui ont donné lieu aux divisions admises par Waldeyer, les *kystomes glandulaires* et les *kystomes papillaires*.

[1] C'est dans cet ordre d'idées qu'on a fait jouer un rôle à la persistance des tubes de Pflüger chez l'adulte, signalée dans quelques cas. Voyez page 545.

En effet, tantôt on voit de nouveaux tubes d'épithélium provenant des parois envahir plus profondément les tissus, pour donner lieu à de nouvelles cavités. Aussi trouve-t-on dans l'épaisseur de la tumeur principale une série de petits kystes ou de tubes épithéliaux. Tantôt il se forme dans les cavités kystiques, ou à leur surface externe, des végétations épithéliales ou conjonctives souvent très vasculaires. Dans certains cas, les bourgeons prennent un développement considérable et comblent en partie les cavités. L'épithélium varié qui les recouvre pénètre souvent dans ces végétations et y forme des cavités secondaires. Ces deux variétés de kystes se combinent entre elles et produisent des tumeurs présentant à l'œil nu les aspects les plus divers et atteignant parfois des dimensions énormes, au point d'occuper tout l'abdomen. Elles peuvent siéger sur un seul ou sur les deux ovaires. Mais on doit toujours se méfier, dans les ovariotomies, de la glande en apparence saine. Nous avons publié des observations où des ovaires, paraissant normaux à l'œil nu, présentaient déjà les atteintes de la maladie et auraient, sans doute, donné lieu à une récidive, si le chirurgien ne les avait pas enlevés conjointement avec la tumeur principale formée aux dépens de l'organe du côté opposé.

Ces processus, en apparence différents, sont toujours à peu près les mêmes, si on les étudie attentivement. Plus tard, les kystes secondaires s'ouvrent dans la partie principale, et les cloisons finissent par disparaître. Il y a donc deux tendances simultanées et inverses, l'une qui marche vers la forme uniloculaire par destruction des cloisons, l'autre qui amène au contraire la production de nouveaux kystes. Les deux peuvent s'équilibrer ou l'une dominer l'autre, ce qui nous explique toutes les variations observées dans la forme anatomique et dans les manifestations cliniques de ces tumeurs. Celles à développement rapide amènent la mort

en deux ou trois ans, tandis que d'autres, plus rares, il est vrai, restent stationnaires et permettent à l'existence de se prolonger pendant vingt ou trente ans. On comprend aussi comment un kyste à poches multiples peut devenir unique, de même qu'une tumeur uniloculaire peut se transformer en pluriloculaire par production de cavités secondaires.

Symptômes. — Les symptômes fournis par les kystes de l'ovaire varient selon la période de la maladie. Souvent l'affection passe inaperçue au début, et ce n'est que par le développement même du néoplasme que l'attention est attirée. Cependant, en général, les malades se plaignent d'une sensation de poids dans le bassin, de douleurs lombaires. Certains auteurs ont attaché de l'importance aux douleurs périnéales.

En même temps on observe, du côté de la vessie, de la rétention d'urine ou des besoins très fréquents de miction. Du côté du rectum, une constipation opiniâtre. On a noté, quelquefois, des douleurs dans une ou dans les deux jambes. Rarement, à cette période, l'apparition de l'œdème. Certaines malades éprouvent des souffrances vives dans le ventre, souvent localisées dans le voisinage de la tumeur. Des douleurs de cette nature sont presque toujours le signe de quelque poussée de péritonite, d'où l'importance qu'elles présentent plus tard quand il s'agit du traitement, la péritonite amenant à peu près constamment des adhérences. Ces divers troubles peuvent s'améliorer sous l'influence de l'augmentation de volume du néoplasme, au moment où celui-ci remonte dans la cavité abdominale.

La menstruation est quelquefois modifiée. On observe alors surtout de l'aménorrhée[1]. Dans un grand nombre de

[1] La fréquence et la nature de ces modifications menstruelles sont, du reste, très variées, ainsi qu'il ressort des diverses statistiques. Sur 65, West n'a vu, dans 26 cas, aucune anomalie; 1 fois de la dysménorrhée, 5 fois une menstrua-

cas, cependant, elle reste à l'état normal, malgré une dégénérescence kystique des deux ovaires[1]. Dans quelques circonstances, la tumeur est maintenue dans le petit bassin par des adhérences, et on a cité des malades chez lesquelles un kyste de l'ovaire accompagnait une hernie du rectum[2]. Quand l'ascension du néoplasme dans la cavité abdominale amène une amélioration momentanée de l'intensité des symptômes, cette amélioration n'est pas de longue durée.

Le volume toujours croissant du kyste entraîne de nouveaux accidents, sous l'influence de la compression des nerfs et des vaisseaux, des tiraillements de la vessie et de l'allongement de l'utérus. Il se produit une dilatation de l'abdomen et de nombreuses vergetures, comme pendant la grossesse.

L'élévation du diaphragme est une cause fréquente de dyspnée. La rétention d'urine résulte de la pression de la tumeur sur les uretères, d'où leur dilatation et la présence de l'albumine dans ce liquide. C'est alors qu'on observe des altérations de l'organisme, parmi lesquelles les troubles du côté du tube digestif offrent une grande importance. Soit par l'effet de la compression opérée sur l'intestin, soit, beaucoup plutôt, sous l'influence générale exercée par la maladie, on voit se produire une perte d'appétit, de la dyspepsie, souvent même des nausées et des vomissements. Enfin, l'état s'aggrave progressivement,

tion profuse, 4 fois les époques rapprochées, 7 fois des irrégularités, 3 fois les espaces intermenstruels prolongés, 5 fois les règles diminuées, et supprimées dans 14 cas.

Beigel, sur 76 cas, 49 fois n'a observé aucun trouble de la menstruation, 13 fois un peu d'irrégularité, 5 fois des règles profuses, 6 fois diminuées, et seulement 3 fois de l'aménorrhée.

Olshausen a trouvé, dans 12 cas les règles normales, dans 8 cas augmentation, dans 4 cas diminution, et dans 4 cas manquant.

[1] Aran, *loc. cit.*, p. 1062.

[2] Dans le cas cité par Schrœder, la tumeur fut extirpée, la hernie réduite, et la malade guérit. (Schrœder, *loc. cit.*, p. 348.)

l'œdème des membres inférieurs, une production plus ou moins considérable de liquide ascitique, donnent à l'affection une nouvelle apparence. L'aspect des malades est alors presque caractéristique. Le ventre fait une énorme saillie en avant et présente une forme conique, en pointe. Ce développement de l'abdomen tranche avec l'amaigrissement exagéré de toutes les autres régions du corps[1]. La mort arrive souvent par le fait de la tumeur elle-même, qui comprime le poumon et amène de l'œdème pulmonaire, un épanchement pleural, péritonéal ou péricardique. Dans certains cas, c'est une péritonite intercurrente qui précipite la terminaison funeste.

Scanzoni a indiqué une série de signes stéthoscopiques que l'auscultation de la tumeur peut nous faire constater[2]. Ils consistent en bruits de souffle comparables au souffle utérin, et en frottements, indices presque certains d'adhérences. On rencontre parfois un véritable bruit de glou-glou, lorsque la cavité remplie de liquide est très vaste et qu'on applique l'oreille sur l'abdomen, en même temps que l'on percute. La percussion nous donnera des indications précieuses, sur lesquelles nous reviendrons à propos du diagnostic. Il en est de même du toucher et du palper combinés.

Sous l'influence des tumeurs ovariques, on voit quelquefois se produire un gonflement des seins, accompagné de pigmentation de l'aréole et d'une sécrétion lactescente.

Diagnostic. — Les difficultés de diagnostic varient, selon que la tumeur est encore située dans le petit bassin, selon qu'elle a quitté le petit bassin et ne dépasse cependant pas

[1] Les cas à marche lente, où la maladie dure vingt et trente ans, sont exceptionnels. Généralement les kystes de l'ovaire ont une évolution assez rapide, et pour 80 sur 100 des malades ainsi atteintes on ne compte guère que trois ou quatre ans entre la manifestation des premiers symptômes et la terminaison fatale.

[2] Scanzoni, *loc. cit.*, p. 373.

l'ombilic, selon enfin qu'elle atteint des dimensions comparables à un utérus gravide à terme.

Quand elle est encore située dans le petit bassin, par le palper et le toucher combinés, ainsi que nous l'avons indiqué, il est facile de constater l'augmentation de volume de l'ovaire. Mais on est rarement consulté tout à fait au début. A cette période de la maladie on peut confondre un kyste *avec un exsudat inflammatoire* intra ou extra-péritonéal. Dans le cas de kyste, la tumeur est généralement mobile, peu douloureuse, assez facile à limiter. Dans l'exsudat, au contraire, elle est fixée, diffuse et douloureuse à la pression. Des souffrances violentes accompagnées de fièvre, dans la phase initiale de la maladie, enfin la diminution de l'exsudat, ne permettront, en général, de conserver aucun doute.

La tumeur formée par l'*hématocèle* est rarement limitable comme un kyste ovarique. En outre, l'hématocèle s'accompagne de fièvre, de douleurs, de symptômes de péritonite, nausées, vomissements. Ces manifestations aiguës, coïncidant avec une anémie presque subite en rapport avec un début brusque, ne permettent guère la confusion. Celle-ci a cependant été faite dans certains cas[1].

L'*hydropisie de la trompe* n'atteint presque jamais des dimensions assez considérables pour simuler un kyste ovarique. Si la tumeur acquiert la grosseur du poing, on est à peu près certain de n'avoir pas affaire à une hydropisie de la trompe.

Au début, on peut confondre un kyste ovarique avec une *grossesse extra-utérine*. L'absence des règles, le développement des seins, la coloration de la vulve, du vagin et du col, seront des signes de présomption. Mais ce n'est, le

[1] Boinet, *Maladies des ovaires*, p. 203.

plus souvent, que par la marche ultérieure qu'il sera possible de différencier les deux affections d'une façon certaine.

La *rétroflexion de l'utérus gravide* se distingue du kyste, en ce que la tumeur kystique est indépendante de l'utérus, tandis que dans la rétroflexion on peut constater la continuité qui existe entre la tumeur et le col utérin, et l'angle formé par les deux segments. L'absence des règles, le ramollissement du museau de tanche, et la rétention d'urine, plaideront en faveur de l'idée d'un utérus gravide. On peut encore moins confondre un kyste de l'ovaire avec une *rétroflexion de l'utérus à l'état de vacuité*.

Les *fibromyomes sous-péritonéaux* sont reconnaissables à leur dépendance de l'utérus, auquel ils adhèrent ordinairement par une large base. Si le corps fibreux était pédiculé, le diagnostic d'avec un kyste ovarique au début serait presque impossible. Mais, comme ce n'est que plus tard qu'on pourrait songer à intervenir, le doute, dans ce cas, ne peut être préjudiciable à la malade.

Quand la tumeur a quitté le petit bassin, sans dépasser le niveau de l'ombilic, on peut prendre un kyste ovarique pour une *hématomètre* ou accumulation de sang dans la cavité utérine. Cependant, c'est plutôt avec la grossesse qu'on confondrait l'hématomètre, sauf dans des cas de vices de conformation, où on a pris une hématomètre unilatérale pour une tumeur de l'ovaire. La situation du néoplasme à droite ou à gauche de la ligne médiane doit éloigner l'idée d'un kyste de l'ovaire, qui n'est presque jamais placé ainsi à cette période de son développement.

La *réplétion de la vessie* a été prise pour un kyste ovarique. Dans ces cas les malades urinaient par régurgitation et les parois vésicales avaient augmenté d'épaisseur. La vessie distendue forme une tumeur proéminente, en arrière

de laquelle l'utérus est situé, ce qui est rare pour les kystes. Du reste, le cathétérisme vésical lève tous les doutes.

Les *tumeurs stercorales*, par leur forme bosselée et les douleurs qu'elles causent, sont plus souvent confondues avec un cancer du péritoine, quoiqu'elles l'aient été aussi avec un kyste[1].

La *tympanite* unie à la tension des parois abdominales peut simuler un néoplasme. On voit fréquemment les hystériques se préoccuper beaucoup de ces productions imaginaires que, dans la majorité des cas, la percussion permet de distinguer. Quelquefois, si le panicule adipeux est épais et les muscles abdominaux fortement contractés, on peut éprouver de grandes difficultés. Il faut alors faire respirer largement les malades, et à la fin de l'expiration on trouve un moment favorable pour pénétrer dans le bassin. Souvent aussi une pression longtemps soutenue agira plus sûrement qu'une pression brusque et instantanée.

Une *péritonite* chronique enkystée, un *abcès des parois abdominales* également enkysté, pourraient donner le change et faire croire à une tumeur ovarique[2].

Les *fibromyomes solides de l'utérus* sont souvent difficiles à distinguer d'avec les kystes de l'ovaire. On a invoqué la différence de consistance et de fluctuation. Mais ces derniers produits atteignent souvent des dimensions déjà considérables sans présenter de fluctuation. Les signes fournis par l'auscultation sont parfois nuls, ou, s'il en existe, comme on les observe également dans les deux cas, ils n'ont aucune importance. Le caractère le plus utile à constater est la connexité de la tumeur avec l'utérus dans les cas de fibromyomes, et son indépendance dans les cas de kystes. Malgré cela, le nombre considérable des erreurs commises

[1] Boinet, *loc. cit.*, p. 216.
[2] Boinet, *Union médicale*, 1876, n° 60.

à ce sujet indique combien le diagnostic peut présenter de difficultés.

Nous reviendrons sur le diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et ceux du ligament large, à propos de ces derniers. On a voulu voir dans la nature des liquides obtenus par une ponction un moyen de ne pas les confondre. Ce procédé est loin d'être certain. Il est vrai que le liquide transparent, clair comme de l'eau de roche, est plus fréquent dans les tumeurs du ligament large, mais il se rencontre aussi dans celles de l'ovaire. La nature du contenu n'est donc qu'un signe de probabilité, mais non de certitude.

Dans le troisième stade du développement kystique, les erreurs sont plus fréquentes, et en même temps plus graves. On a confondu les kystes avec la grossesse, surtout compliquée d'hydramnios. En effet, dans ces conditions, il existe de la fluctuation, les bruits du cœur sont inappréciables et les parties fœtales difficiles à sentir. On a quelquefois ponctionné un utérus gravide pris pour une production kystique. Quelques chirurgiens ont même eu le malheur de pratiquer l'ovariotomie dans des cas de ce genre [1].

Le diagnostic d'un kyste avec une *ascite* est un des plus importants. Plus la tumeur est volumineuse, plus la similitude est grande. L'aspect du ventre est différent dans les deux cas; en forme de tonneau, plus haut que large dans le kyste, mou, aplati et cylindrique dans l'ascite. La malade étant couchée sur le dos, pour les kystes la partie la plus proéminente de la tumeur est au-dessous de l'ombilic, dans l'ascite à son niveau ou au-dessus. L'œdème, l'anasarque, une lésion du cœur, un foie petit (cirrhose), plaident en faveur de l'ascite. L'œdème dû à un kyste ne s'observe que dans des cas de tumeurs volumineuses, et l'anasarque seulement s'il y a des complications rénales.

1. Isenflamm, *loc. cit.*, p. 151.

La percussion montre, pour le kyste, une matité centrale, la malade étant dans le décubitus dorsal. Sur ces points, au contraire, on observe un son tympanique dans l'ascite. Dans l'un, la matité ne se déplace pas, ou se déplace peu par les changements de position, c'est le contraire dans l'autre. En outre, il faut avoir soin de percuter les malades dans le décubitus latéral droit et gauche.

Les caractères différentiels que quelques auteurs ont cru trouver dans la composition chimique des liquides ne présentent aucun intérêt clinique jusqu'à présent. L'examen histologique ne peut pas, non plus, donner des renseignements bien utiles. Cependant, le plus souvent, le liquide kystique ne se coagule pas spontanément et contient des éléments épithéliaux, des cristaux de cholestérine[1]. Le liquide ascitique se coagule, quoique lentement, ne contient presque jamais de cellules épithéliales ou de cristaux de cholestérine. Il y a enfin des cas où ce diagnostic est d'autant plus embarrassant, que la tumeur ovarique est compliquée d'ascite, et les erreurs commises à ce sujet sont nombreuses dans la science.

La distinction des kystes de l'ovaire d'avec les grosses tumeurs *fibrocystiques* de l'utérus présente souvent des difficultés insurmontables, la connexion du néoplasme avec l'utérus ne pouvant pas toujours être constatée.

Les tumeurs des reins que l'on pourrait confondre avec un kyste de l'ovaire sont l'hydronéphrose, le carcinome et les échinocoques. Dans ces cas, il existe une asymétrie des parois abdominales, et on constate un développement

[1] La présence de la mucine serait le signe presque certain d'un liquide kystique. Pour la constater, on filtre, on recueille une goutte du liquide filtré sur une lame de verre, on y ajoute un peu d'acide acétique, et s'il existe du mucus, on constate le précipité granuleux caractéristique. Si on trouve de l'épithélium, surtout des cellules caliciformes, c'est qu'on a affaire très probablement à un kyste.

plus accusé d'un côté que de l'autre. Si la néoplasie, quelle qu'elle soit, a acquis des dimensions considérables, il ne peut plus être question de rechercher sa mobilité ou son point d'implantation.

Les tumeurs *du foie* et *de la rate* ont, à leur tour, donné lieu à des erreurs de diagnostic, et on a extirpé ainsi des rates hypertrophiées. Les *néoplasmes du péritoine*, et surtout le cancer accompagné d'ascite et d'adhérences des anses intestinales entre elles, peuvent faire croire à un kyste de l'ovaire. Dans ces cas, la percussion, en montrant des points sonores disséminés au milieu de points mats et se déplaçant par les changements de position de la malade, doivent faire écarter l'idée d'un kyste ovarique. En outre, dans le carcinome les tumeurs sont souvent mamelonnées.

Pronostic. — Le pronostic des kystes de l'ovaire est généralement très-grave. On en a vu, pourtant, rester stationnaires pendant des années, quelquefois même pendant toute la durée d'une longue existence. Dans ces rares cas favorables, les productions kystiques sont ordinairement d'un petit volume. Quand elles ont acquis des dimensions plus grandes, leur accroissement continue plus ou moins lentement ou plus ou moins vite, selon les sujets. Il arrive néanmoins, exceptionnellement, il est vrai, que des tumeurs déjà assez volumineuses s'arrêtent dans leur marche, soit par métamorphose régressive des parois, soit par enkystement dans des néomembranes. Quant aux cas de diminution ou de disparition spontanée de kystes ovariques, en dehors des faits de torsion du pédicule, il n'en existe, croyons-nous, aucune observation vraiment concluante.

Les accidents causés par la torsion du pédicule varient, selon que le changement s'est produit subitement, ou peu à peu. Dans les cas de torsion subite, on peut observer la mort par péritonite, par hémorrhagie intra-kystique, par suppu-

ration ou gangrène. La terminaison fatale résulte, dans d'autres cas, de la pression d'une anse intestinale par le pédicule contourné sur lui-même. Au contraire, quand la torsion se produit lentement, les conséquences en sont souvent favorables. Le kyste peut se résorber en partie, à cause de la diminution de l'apport du sang. On a même observé une section spontanée du pédicule, et alors la tumeur entourée de fausses membranes reste stationnaire sur un point quelconque de l'abdomen. Les vaisseaux fournis par les adhérences suffisent cependant, dans certaines conditions, à la nutrition du néoplasme. Lorsque la torsion du pédicule donne lieu à des accidents aigus, ou peut être conduit à pratiquer immédiatement l'ovariotomie, dont les succès de plus en plus nombreux ont beaucoup amélioré le pronostic des kystes de l'ovaire.

La *rupture* des parois se produit par des causes diverses, suppuration, gangrène, hémorrhagie, ou sous l'influence d'un traumatisme[1]. Quand le liquide kystique est épanché dans la cavité péritonéale, la mort peut en être la conséquence, mais la guérison est également possible[2]. D'autres fois le kyste s'ouvre dans le rectum. Il existe un certain nombre de cures spontanées dues à ce processus. Enfin la rupture peut avoir lieu dans le vagin, dans la vessie, et même à l'extérieur par les parois abdominales, surtout par l'ombilic.

La stérilité n'est pas toujours la conséquence des kystes ovariques. On a même observé des grossesses coïncidant avec de vastes tumeurs des deux ovaires, dont l'un ou l'autre avait conservé en partie ses follicules.

[1] Voyez *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine*, avec appendice *sur les ruptures dans les viscères avoisinants*, par le docteur Nepveu. (*Annales de gynéc.*, 1875, t. IV, p. 14.)

[2] Sur 70 cas de rupture de kystes, réunis par Tilt, 30 malades ont guéri, 19 ont vu leur état s'améliorer, et 21 ont succombé.

Grossesse compliquant les kystes. — Sous l'influence de la gestation, quelques-uns de ces néoplasmes augmentent de volume. Plusieurs auteurs ont même admis que l'action de la grossesse pouvait être assez énergique pour transformer un kyste simple en une tumeur maligne. Nous avons signalé le rapport qui existe entre certains cancers ovariques généralisés et les kystes ordinaires. Il serait possible qu'il y eût dans ce cas, non pas une transformation dans la nature des éléments, mais une augmentation dans leur vitalité et leur puissance reproductrice[1].

Les kystes de l'ovaire, surtout ceux qui n'ont pas atteint encore un très grand développement, empêchent la gestation d'arriver à son terme et sont cause d'avortement ou d'accouchement prématuré. Cependant on voit, assez souvent, la grossesse accomplir son évolution normale, malgré la présence d'un kyste qui n'est reconnu qu'après la délivrance.

Dans ces conditions, dès les premières périodes de l'état gravide, on constate l'apparition de douleurs plus ou moins violentes s'accompagnant de dyspnée, en même temps que se montrent des varices et de l'œdème des membres inférieurs. L'influence de la tumeur sera tantôt mécanique, s'exerçant alors au moment de la parturition. Tantôt elle sera d'un autre ordre et se manifestera pendant les suites de couches, dont le pronostic est considérablement aggravé par cette complication[2]. La mort arrive alors par hémorrhagie, par péritonite, ou par suppuration de la cavité kys-

[1] On a vu des tumeurs indolentes et stationnaires depuis longtemps se développer tout à coup pendant la grossesse et être reconnues à l'autopsie pratiquée après l'accouchement, pour un carcinome de l'ovaire. (Olshausen, *loc. cit.*, p. 101.)

[2] Sur 215 cas réunis par Jetter, 140 femmes ont survécu, 64 sont mortes, le sort de 11 étant resté indécis. Litzmann a compté 24 morts et 56 terminaisons heureuses. Sp. Wels a vu 5 décès sur 12 cas. (Olshausen, *loc. cit.*, p. 105.)

tique. Malgré la rupture de la poche pendant la grossesse, celle-ci peut continuer son évolution jusqu'au terme normal, et la guérison définitive s'ensuivre. Beaucoup plus ordinairement, cet accident entraîne des conséquences fatales. Le contenu du kyste est éliminé, d'autres fois, par le rectum ou le vagin. C'est principalement pendant la gestation qu'on a observé la torsion du pédicule, dont nous avons déjà indiqué les conséquences. La rupture de l'utérus est rare dans ces circonstances.

Le *diagnostic des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse* peut présenter certaines difficultés. Quelquefois on a pensé, dans ces cas, à une grossesse gémellaire, d'autres fois à un hydramnios. Souvent, mais pas toujours, on constate un sillon de séparation entre les deux tumeurs. En outre, l'utérus est dévié en sens inverse de la production kystique. Sous l'influence de cette complication, l'abdomen acquiert parfois des proportions telles que, malgré l'expulsion du fœtus et du placenta, on s'aperçoit à peine de sa diminution de volume.

Étiologie. — L'époque du début des kystes de l'ovaire est difficile à préciser, d'autant plus que l'organe est quelquefois déjà atteint sans que son volume soit augmenté. Les grands kystes sont rares avant la puberté, quoiqu'on en ait publié des observations chez des enfants de 3,5,6,8 et 13 ans [1]. Il résulte des statistiques que c'est entre 30 et 40 ans que cette affection se présente avec son maximum de fréquence [2]. Quant à la variété anatomique observée selon l'âge, on peut dire qu'en moyenne, avant la puberté, ce sont les kystes dermoïdes qui dominent, avant 20 ans ceux du

[1] Voyez un cas d'ovariatomie suivie de guérison chez une enfant de 13 ans. (Kœberlé, *France médicale*, et *Archives de tocologie*, 1876, p. 424.

[2] Sur 348 cas, il y en avait 97 avant 30 ans, 145 entre 30 et 40, 70 entre 40 et 50, 31 entre 50 et 60, 3 entre 60 et 70, et 2 entre 70 et 80. (Schrœder, *loc. cit.*, p. 335.)

ligament large, et passé cet âge les kystes de l'ovaire ordinaires.

Toutes les théories étiologiques, telles, par exemple, que l'anémie invoquée par Scanzoni, sont en rapport avec l'idée du développement aux dépens des follicules. Or, dans tous les cas de tumeurs volumineuses, il nous a été impossible d'admettre cette origine, que nous considérons comme exceptionnelle, si toutefois elle existe.

Traitement. — On doit envisager le traitement des kystes ovariques à deux points de vue différents, le traitement *médical* et le traitement *chirurgical*. On a cité des cas améliorés sous l'influence, ou plutôt pendant l'usage, de médicaments internes [1]. Le mercure, l'iodure de potassium, la glycérine iodée, ont été tour à tour essayés. A ces divers moyens on doit ajouter les cures thermales, la compression méthodique associée aux frictions et au massage, l'électroponcture. D'après ce que nous avons dit de la structure de ces tumeurs, il paraît difficile d'admettre la possibilité d'une guérison par ces divers procédés. L'ergot de seigle a semblé améliorer l'état de quelques malades. Dans les cas où nous l'avons essayé [2], ce médicament nous a paru bien agir contre certains symptômes, tels que les troubles digestifs et la constipation. Mais nous ne pouvons mettre à son actif aucune guérison constatée par nous [3]. Le traitement médi-

[1] Voyez, pour la statistique des cas soumis aux traitements internes, Boinet, *loc. cit.*, et Gallez, *Histoire des kystes de l'ovaire*, etc. Bruxelles, 1875.

[2] 40 à 60 centigrammes par jour, avec interruption tous les 15 jours, d'après la méthode que nous avons indiquée, page 368.

[3] Gray cite une observation de tumeur de l'ovaire ayant atteint des dimensions considérables, puisque l'abdomen de la malade présentait un développement pareil à celui d'une femme arrivée au sixième mois de la grossesse. Après un an de traitement par des injections quotidiennes d'ergotine, interrompues de temps en temps quand il se manifestait des symptômes d'ergotisme, on constata la disparition complète de la tumeur. (*Ergotin used hypodermically in a case of fibrocystic ovarian tumor, Americ suppl. to obst. journ.*; juillet 1876, analysé dans la *Revue des sciences médicales*, t. IX, p. 179.)

cal sera surtout employé contre les accidents dyspeptiques, ou s'il se produit des complications inflammatoires du côté du péritoine.

Les principaux moyens chirurgicaux sont la *ponction*, le *drainage* et l'*ovariotomie*. La *ponction* peut être *exploratrice*, *palliative* ou *curative*. Exploratrice, dans le cas où il s'agit de préciser un diagnostic. Outre les indications fournies par les caractères du liquide, la tumeur étant moins distendue permet de mieux apprécier son degré de mobilité et la situation des adhérences, s'il en existe[1]. On a recours à la ponction palliative, quand une opération radicale est impossible, dans le but de diminuer les troubles mécaniques causés par le volume de la tumeur, principalement du côté de la respiration. On peut ainsi faire disparaître momentanément des accidents menaçants, et prolonger assez longtemps la vie des malades. *Une simple ponction a suffi quelquefois pour amener la guérison d'un kyste ovarique*[2]. Plus souvent on lui associe l'*injection iodée*.

Cette méthode a donné de bons résultats entre les mains de quelques chirurgiens[3]. Mais elle ne peut être appliquée qu'à des tumeurs uni ou pauciloculaires, à liquide clair et limpide. Or, dans ces cas, l'ovariotomie réussit si fréquemment, que nous la préférerions à l'injection iodée. Pour pratiquer la ponction, il faut, après avoir vidé préalablement la vessie, s'assurer, par la percussion, qu'il n'y a pas

[1] On a conseillé, au lieu d'une ponction, de pratiquer une incision exploratrice. Ce procédé serait peut-être préférable pour des tumeurs à contenu gélatiniforme.

[2] Les kystes ainsi guéris par une simple ponction étaient peut-être formés aux dépens des ligaments larges. Voyez, à ce sujet, Panas, Académie de médecine, séance du 10 mars 1875, et *Archives de tocologie*, 1875, p. 206.

[3] M. Boinet, sur 130 cas ainsi traités, a compté 64 guérisons. Ce chirurgien conseille la solution suivante :

Eau distillée.	150 à 200 gram.
Teinture d'iode.	100 —
Iodure de potassium	4 —

d'anse intestinale interposée dans le point qu'on a choisi. Celui-ci sera, ou au lieu d'élection de la paracentèse en général à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque, ou au niveau de la ligne blanche. Cette dernière région est préférable, si on se décide ensuite à tenter l'ovariotomie. Les adhérences consécutives à la ponction se trouvent ainsi au niveau de l'incision abdominale. La malade sera couchée du côté où on doit ponctionner.

On se sert de préférence d'un trocart de 5 millimètres de diamètre, relié à un appareil aspirateur. L'instrument, enfoncé perpendiculairement à la surface de la peau, doit pénétrer d'un coup sec et assez profondément, de peur que la canule ne s'échappe du kyste au moment où celui-ci diminue de volume. Pendant l'écoulement du liquide, il faut comprimer légèrement l'abdomen avec les mains placées à plat. Si la canule venait à s'obstruer, il serait préférable de la faire changer de place, de tâtonner un instant, plutôt que d'introduire un stylet. Quand on retire le trocart, il est utile de comprimer fortement les bords de la plaie pour rapprocher les parois abdominales et kystiques, afin d'empêcher le plus possible la pénétration des liquides dans la cavité péritonéale. S'il se produit pendant l'opération quelque menace de syncope, il faut attendre un instant, mais chercher, après une suspension momentanée, à extraire tout le liquide contenu dans la poche (Kœberlé); contrairement à ce que nous avons coutume de faire dans la thoracentèse, où nous laissons toujours une certaine quantité de l'exsudat pleural, même quand il n'y a aucune tendance syncopale. Après avoir retiré la canule, la malade est couchée du côté opposé à la petite plaie, qu'il suffit de recouvrir avec deux plaques de diachylon. Quand la tumeur est adhérente dans le petit bassin et fait saillie dans le vagin, on peut la ponctionner par cette voie.

Le *drainage* est indiqué seulement si le kyste est fixé par des adhérences solides, et que l'ovariotomie soit impossible. Ce procédé a donné lieu à quelques guérisons. Mais plus souvent les malades succombent avec des accidents de putridité, de septicémie ou de fièvre hectique, malgré les injections détersives, iodées ou phéniquées. Les mêmes reproches s'adressent à l'incision après l'application de potasse caustique, par la méthode de Récamier. Le drainage secondaire est parfois utile après l'*ovariotomie*, dont nous allons indiquer succinctement les principaux temps.

Cette opération se pratique au moyen d'une incision abdominale, et prend alors le nom d'*ovariotomie abdominale*, ou bien par le vagin, et on l'appelle alors *ovariotomie vaginale*. L'*ovariotomie abdominale*, d'après les statistiques les plus récentes, donnerait une mortalité de 25 à 30 pour 100 seulement. Grâce à la plus grande précision du diagnostic qui ne fait entreprendre que les opérations possibles, le nombre des succès tend à augmenter de jour en jour. Ces succès sont dus principalement aux précautions, qui ne sauraient être trop minutieuses. La plus grande propreté, l'emploi des linges chauds pour maintenir les bords de la plaie et empêcher ainsi la pénétration des liquides dans le péritoine, y entreront pour une grande part. A ce propos, nous signalerons les bons résultats que semble donner l'emploi de la pulvérisation d'eau phéniquée, d'après le procédé de Lister. Si, pendant l'opération, des vomissements surviennent, on doit s'arrêter et attendre que cette période nauséeuse soit passée. Il est important, pour éviter cet inconvénient, d'endormir complètement la malade, qui doit rester tout le temps dans un état d'anesthésie complète.

Cinq ou six jours avant, il est utile de faire une ponction, surtout si la tumeur est très volumineuse[1]. La veille,

[1] A la suite de la ponction, on peut quelquefois préciser les adhérences et leur

l'intestin sera vidé au moyen d'un léger purgatif. On choisira de préférence une époque intermenstruelle, et on tâchera, pendant la période précédant l'intervention chirurgicale, de placer la malade dans des conditions de santé générale favorables. La pièce où doit avoir lieu l'opération sera chauffée à 20 degrés environ, la patiente enveloppée de flanelle et placée sur un lit spécial[1]. Le chloroforme sera administré par un des aides, qui ne doit s'occuper que de cette tâche quelquefois laborieuse, et surveiller attentivement le pouls et la respiration.

Après avoir vidé la vessie et rasé les poils de la région, on fait une incision de 6 à 10 centimètres, partant de l'ombilic pour s'arrêter à 5 ou 6 centimètres du pubis[2]. Si cette longueur est insuffisante, on doit prolonger la section en haut en contournant l'ombilic à gauche. Les tissus seront coupés couche par couche, sur la ligne médiane, les plans fibreux sur la sonde cannelée, jusqu'à ce qu'on arrive sur le péritoine. La séreuse étant légèrement attirée avec des pinces, on pratique une boutonnière, puis on incise entre deux doigts. Avant de passer à ce temps de l'opération, il est important de faire maintenir les bords de la plaie par deux aides, avec des linges chauds, afin d'éviter la pénétration des liquides dans la cavité péritonéale. Pendant toute la durée des manœuvres opératoires, les vaisseaux fournissant du sang seront pris à mesure entre les mors d'une pince hémostatique, dont il faut toujours avoir un grand nombre à sa disposition. La surface du kyste, lisse, brillante, d'un blanc plus ou moins bleuâtre, se reconnaît faci-

siège. Nous avons vu M. Terrier diagnostiquer ainsi des adhérences constatées ensuite pendant l'opération. Voyez, à ce sujet, Karl Stahl, *Zur Diagnose der Adhäsionen bei Ovarialgeschwülsten* (*Centralblatt f. gyn.*, 1879, p. 78).

[1] A Paris on fait usage, le plus souvent, du modèle fabriqué par M. Guéride.

[2] Tous les instruments, ainsi que les mains de l'opérateur et des aides, seront préalablement lavés dans une solution phéniquée.

lement au fond de la plaie. On vide la poche kystique au moyen d'un gros trocart adapté à un appareil aspirateur. A ce moment les aides doivent redoubler de précautions, pour empêcher la pénétration du liquide dans le péritoine. Après que le contenu est aspiré, on retire la canule et on applique sur l'ouverture une pince à kyste.

La tumeur étant ainsi vidée plus ou moins complètement, la main est introduite dans la cavité abdominale et en explore les différents points. S'il existe des adhérences, on cherchera autant que possible à les déchirer avec les doigts. Ensuite le kyste est extrait lentement et avec précaution, pour éviter la déchirure d'adhérences passées inaperçues. Le pédicule attiré à l'extérieur est traversé par deux broches croisées obliquement, au-dessous desquelles on place un fil de fer. Après avoir fortement serré la ligature au moyen d'un serre-nœud, il ne reste plus qu'à exciser le pédicule, à badigeonner sa surface de section avec du perchlorure de fer et le fixer à l'extérieur dans l'angle inférieur de la plaie. On peut également, dans certains cas, avoir recours aux ligatures avec le *catgut* ou la *soie préparée*, procédé qui présente le grand avantage que ces ligatures sont susceptibles d'être abandonnées dans l'abdomen, sans que le succès final soit en rien compromis. Lorsque toutes les régions ont été soigneusement nettoyées, on enlève avec précaution les pinces hémostatiques l'une après l'autre, et on suture les bords de la plaie avec des points superficiels et profonds, ou même avec une seule suture partant d'un peu loin. La malade est reportée dans son lit, entourée de boules d'eau chaude, le ventre recouvert d'une épaisse couche de ouate maintenue par un bandage de corps. Elle doit garder le repos absolu et sera sondée toutes les trois ou quatre heures. Pendant les quelques premiers jours, on se contentera de donner un peu de champagne et de glace. Les sutures seront enlevées

du quatrième au sixième jour, et le pédicule, fréquemment badigeonné avec le perchlorure de fer, tombera spontanément du dixième au quinzième. Enfin, dans les cas favorables, la guérison est complète au bout de trois à quatre semaines.

Divers accidents peuvent avoir lieu *pendant* ou *après l'opération*. Les vomissements de la période anesthésique seront évités en donnant le chloroforme à forte dose et en maintenant continuellement la patiente sous son influence. S'il se produisait une hernie de l'intestin, on la ferait refouler et maintenir en haut et en arrière par la main d'un aide. Les hémorrhagies résultent surtout de la déchirure des adhérences, et peuvent être assez abondantes pour entraîner rapidement la mort. Quant à celles qui proviennent de la section des vaisseaux, on les arrête au moyen des pinces hémostatiques. Si après l'ablation des pinces quelque point donnait encore du sang, on y appliquerait une ligature. Dans le cas de blessures de l'intestin ou de la vessie, on aurait recours aux sutures avec des fils de catgut phéniqués.

La péritonite constitue le plus important et le plus grave des accidents consécutifs. Si elle se généralise, la mort arrive en trois ou quatre jours. Mais on la voit aussi se limiter à quelques points et guérir. La septicémie sera avantageusement combattue par le drainage du cul-de-sac vaginal.

La tympanite peut acquérir une certaine gravité par le refoulement du diaphragme et par les troubles respiratoires qui s'ensuivent. On y obviera au moyen de légers purgatifs, de l'introduction d'une grosse sonde dans l'intestin, enfin de l'aspiration et du lavage de l'estomac (Kœberlé). Les hémorrhagies s'observent rarement au moment de la chute du pédicule. Si elles se produisaient, on chercherait à les

arrêter avec le perchlorure de fer, ou on recourrait à la ligature, dans le cas où elles seraient abondantes.

Indications et contre-indications. — Les succès de plus en plus nombreux de l'ovariotomie tendent chaque jour à mettre davantage en relief sa supériorité sur la plupart des autres modes de traitement. Cependant, la gravité de l'opération, quoique diminuée depuis quelques années, ne doit la faire entreprendre que si la tumeur a atteint un volume assez considérable pour compromettre à courte échéance la vie de la malade. On peut pratiquer une ponction préalable, ainsi que nous l'avons dit, ne serait-ce que pour assurer le diagnostic. Mais on doit éviter autant que possible les explorations et les manœuvres qui ne seraient pas absolument indispensables.

Toute affection chronique mortelle, telle que la phthisie, une maladie du foie ou des reins, est une contre-indication à l'ovariotomie. Il en est de même lorsque l'état général des malades est très mauvais. On ne doit pas opérer, si la tumeur ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel, si sa marche est lente ou stationnaire, et attendre qu'elle cause des accidents. Les kystes très volumineux ou trop petits donnent de moins bons résultats que ceux de dimensions moyennes : les uns à cause des adhérences qui les accompagnent presque toujours, les autres à cause du danger de voir les intestins faire saillie au dehors.

Après la ponction exploratrice, il faut attendre avant d'opérer que le kyste ait repris environ un tiers de son volume primitif. Des adhérences peu nombreuses ne sont pas une contre-indication. Quand elles sont multiples, anciennes, que l'utérus est accolé contre le pubis ou fait corps avec la tumeur, on doit supposer que l'opération sera très grave ou même impossible. Moins on aura ponctionné, examiné et palpé les malades, plus elles auront de chances

de guérir par l'ovariotomie. L'ascite aggrave le pronostic, mais ne met pas obstacle à l'intervention chirurgicale, pas plus que la péritonite ou la rupture intra-péritonéale du kyste[1].

L'ovariotomie vaginale, conseillée par Gaillard-Thomas pour certains petits kystes de l'excavation, n'a guère été employée jusqu'à présent[2]. Quand un kyste de l'ovaire se complique de grossesse, l'avortement ou l'accouchement prématuré, tentés dans quelques cas, ne semblent pas avoir donné de bons résultats. La ponction ne présente guère plus d'inconvénients qu'à l'état de vacuité de l'utérus. Elle est surtout indiquée, s'il existe un danger d'asphyxie dyspnéique, qu'elle fait parfois immédiatement disparaître. Ce mode d'intervention, en ayant soin d'éviter l'utérus, n'a généralement pas d'influence sur la marche de la grossesse. Tantôt une seule suffit, d'autres fois il faut en faire plusieurs successives. L'ovariotomie n'est pas absolument contre-indiquée par l'état de gestation. Elle a été pratiquée dans ces conditions avec des suites favorables.

Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Anatomie pathologique.—Les kystes dermoïdes de l'ovaire (fig. 141 et 142) présentent, le plus souvent, le volume d'une orange. Ils n'atteignent que rarement et ne dépassent presque jamais la grosseur d'une tête d'adulte. On les voit même réduits au volume d'un œuf, et on en a observé dans des ovaires de dimensions presque normales (Cruveilhier). Ces productions ont été ainsi nommées, parce qu'elles contiennent un certain nombre d'éléments cutanés. On y trouve également des dents, des muscles, des nerfs. Elles ne dif-

[1] Voyez, pour plus de détails, l'article *Ovariotomie*, de Kœberlé, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

[2] Gaillard-Thomas, *Diseases of Women*, p. 733, et Leblond, *loc. cit.*, p. 628.

fèrent pas autant qu'on pourrait le croire des formes ordinaires. Nous en avons rencontré qui étaient en partie dermoïdes et présentaient sur d'autres points la structure des tumeurs kystiques simples, avec des tubes épithéliaux et des cellules cylindriques ou à cils vibratiles.

Ces kystes sont le plus souvent uniloculaires[1]. Leurs parois

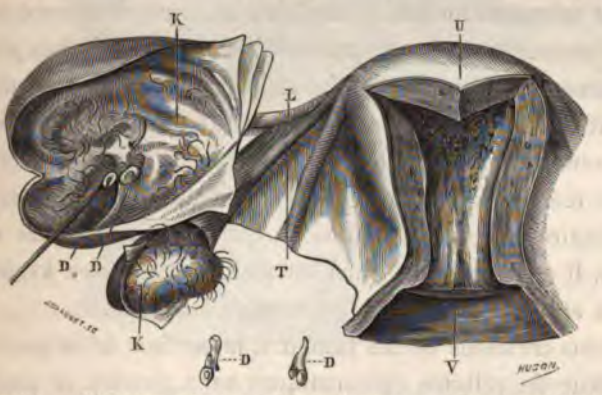


Fig. 141. — Kystes dermoïdes de l'ovaire et de la trompe (d'après Cruveilhier).

KK. Cavités kystiques ouvertes (le grand kyste présente une bride fibreuse que soulève une sonde). — DD. Dents implantées dans les parois kystiques et figurées isolément après leur extraction. — L. Ligament utéro-ovarien droit, formant le pédicule du kyste principal. — T. Trompe droite. — U. Utérus ouvert par sa face antérieure. — V. Vagin.

sont tantôt épaisses et tantôt minces. Leur surface interne est quelquefois lisse, plus souvent recouverte de saillies mamelonnées. Leur cavité est revêtue de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux semblable aux éléments épidermiques, situées au-dessus d'un chorion, absolument comme dans la peau (fig. 142, BT). Au-dessous de papilles, dont la présence n'est du reste pas constante, il existe souvent une certaine épaisseur de tissu adipeux. On y rencontre aussi des glandes sébacées et sudoripares, et nous avons observé, dans un cas, une structure acineuse rappelant celle de la

[1] Cruveilhier a publié un cas où il existait deux kystes dermoïdes, l'un dans l'ovaire, l'autre dans le pavillon de la trompe. (Cruveilhier, *Atlas d'anat. pathol.*, t. I, 18e livraison) (fig. 141).

mamelle. Des poils et des cheveux entrent souvent dans la structure de ces curieuses tumeurs. Tantôt libres et disséminés, tantôt adhérents par leur extrémité ou par leur partie moyenne, ils forment une masse comme feutrée. Leur longueur, quoique variable, est parfois très grande (fig. 142, *c*). Ils présentent une couleur claire, blonde ou roussâtre, devenant rarement foncée, même chez les femmes de race noire, et s'accompagnent de glandes sébacées et de bulbes pileux, comme les cheveux normaux. On trouve encore dans ces cavités kystiques une matière grasse, jaunâtre, rappelant la consistance et l'aspect de l'axonge, au milieu de laquelle sont mélangés des poils enchevêtrés. Cette matière grasse, ordinairement inodore, devient quelquefois brunâtre et fétide. Il existe parfois, dans un même ovaire, des kystes pileux et d'autres remplis de matière adipeuse.

Dans certaines de ces tumeurs, la surface de la poche est revêtue de cellules épidermiques sans glandes ni poils, et le contenu est très riche en cristaux de cholestérine. Il peut aussi être constitué par du pus. Des os, des dents, du tissu cartilagineux, s'y rencontrent également. Les os (fig. 142, OO) présentent tantôt une forme définie qui leur donne plus ou moins l'aspect d'une des pièces du squelette, tantôt, au contraire, des proportions irrégulières et ne rappelant aucune configuration connue. Les dents sont implantées dans le tissu osseux et possèdent alors une pulpe dentaire (fig. 142, D). Dans les cas de ce genre que nous avons étudiés, nous nous sommes assurés, par l'emploi de l'acide osmique, que la pulpe dentaire ne possédait pas de nerfs à moelle[1]. Les dents ne sont pas toujours implantées sur des os, et on les observe aussi à l'état libre dans la cavité, ou adhérentes aux

[1] D'autres anatomistes ont constaté l'existence de filets nerveux se rendant aux dents. (Voyez *Bulletins de la Société anatomique*, 1867, p. 109. *Kyste dermoïde présenté par Mahot, examen histologique*, par Legros.

parois du kyste (fig. 142, D). On en a compté jusqu'à 100 et 300 dans une même poche. Elles possèdent toutes les parties constituantes des dents normales adultes, dont elles revêtent

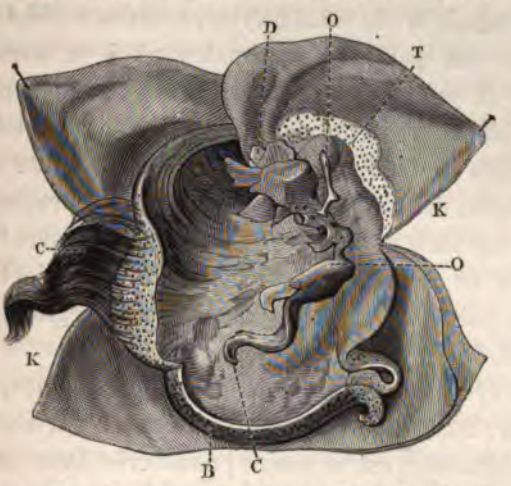


Fig. 142. — Kyste dermoïde de l'ovaire (d'après Cruveilhier).

KK. Parois ou kyste. — C. Poils s'implantant dans un tissu semblable à la peau. — BT. Coupe de ce tissu. — OO. Pièces osseuses. — C. Partie présentant une structure cornée. — D. Dent ayant l'aspect d'une molaire.

la forme (fig. 141, DD), ou, dans d'autres cas, restentà l'état rudimentaire. En outre de tous ces éléments, on a encore trouvé, ainsi que nous l'avons dit, dans l'intérieur des kystes, des nerfs, des cellules nerveuses, des muscles lisses ou striés.

Développement. — La genèse de ces productions bizarres, désignées sous le nom de kystes dermoïdes de l'ovaire, a donné lieu à plusieurs théories. Celles qui les considéraient comme une grossesse extra-utérine, ou le résultat du développement anormal d'un œuf fécondé, ne résistent pas à l'observation des faits, puisqu'on en a rencontré chez des enfants, même chez des nouveau-nés ou des fœtus nés avant terme[1]. L'opinion qui les attribuait à une inclusion fœtale

[1] D'après un relevé de M. Pigné, sur 49 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire, 5 appartenaient à des jeunes filles vierges au-dessous de 12 ans, 6 à des jeunes

n'est pas soutenable non plus, et ne serait pas compatible avec la présence de 300 dents dans une même tumeur. Il ne reste en présence que deux théories : l'une qui admet que, pendant la vie intra-utérine, certains feuillets du blastoderme ont participé anormalement à la formation de l'ovaire et ont pénétré dans son tissu; l'autre suppose que les cellules de l'ovaire ont en puissance la propriété de produire tous les éléments, et peuvent ainsi donner naissance à des poils, des dents, des glandes, par un procédé comparable à une sorte de parthénogénèse. Cette dernière hypothèse n'est pas en rapport avec l'existence de ces néoplasies sur d'autres points du corps, et dans d'autres régions que celle de l'ovaire [1].

Nous croyons encore, dans cette circonstance, qu'on a abusé des théories, et que toute explication sur l'origine des kystes dermoïdes est au moins prématurée dans l'état actuel de la science.

Symptômes. — Ces tumeurs peuvent rester stationnaires pendant toute la vie et n'être reconnues qu'à l'autopsie de sujets morts d'une affection quelconque. Dans d'autres cas, elles donnent lieu à des symptômes graves et présentent tout à coup une marche aussi rapidement mortelle que les kystes ovariques ordinaires. Les formes dermoïdes diffèrent généralement de ces derniers par leur développement plus lent, qui fait qu'au bout de dix et quinze ans ils n'ont souvent pas dépassé le petit bassin. Ils possèdent une disposition plus grande à s'enflammer et à entraîner également

filles âgées de 6 mois à 2 ans, 4 ont été trouvés chez des fœtus femelles n'ayant pas respiré, 2 autres, enfin, chez des fœtus femelles produits d'un avortement avant le huitième mois. (Cousin, *Du développement des tumeurs de l'ovaire, et en particulier des kystes dermoïdes*, thèse de doctorat, Paris, 1877, p. 33.)

[1] Ces kystes se rencontrent sur d'autres points du corps, mais de préférence dans l'ovaire. Sur 188 cas réunis par Lebert, 129 avaient eu leur point de départ dans l'ovaire. (Lebert, *Mém. de la Société de biologie*, 1852, p. 202.)

des lésions inflammatoires du péritoine. La torsion du pédicule est un accident plus fréquent dans cette variété de kystes.

On les voit s'ouvrir dans les organes voisins, rectum, vessie, plus rarement dans le vagin. Leur situation dans le petit bassin les expose davantage aux lésions traumatiques produites par la défécation, le coït, l'accouchement, et par conséquent à la suppuration. A la suite de la formation du pus, les malades sont prises de frissons, de fièvre hectique, perdent leurs forces, et meurent d'épuisement ou d'accidents péritonitiques. L'ouverture spontanée dans une cavité voisine peut amener la guérison ou la mort.

Diagnostic. — L'état longtemps stationnaire d'un petit kyste ovarique permet de supposer sa nature dermoïde. Plus le sujet est jeune, et plus on a de chance de rencontrer cette variété, quoiqu'on l'observe également chez des femmes très avancées en âge. Du reste, aucun caractère certain ne les différencie d'avec les autres formes de kystes de l'ovaire.

La ponction, en laissant constater la nature du contenu, donne souvent des indications plus précises. On voit, du reste, comme nous l'avons déjà dit, plusieurs variétés anatomiques combinées dans une même tumeur.

Pronostic. — De toutes les espèces de kystes de l'ovaire, c'est la forme dermoïde dont le pronostic est le plus favorable, à cause d'une plus grande disposition à rester stationnaire. Ces tumeurs ne prennent que rarement une marche rapide. La grossesse aggrave leur pronostic. C'est souvent à la suite d'un accouchement qu'une production de ce genre, passée inaperçue jusque-là, se met à suppurer. L'ouverture spontanée dans le rectum ou le vagin est préférable à celle qui aurait lieu dans la vessie ou à travers les parois abdominales.

Étiologie. — Les kystes dermoïdes ont été observés à tous les âges, depuis le fœtus avant terme jusque sur des femmes de 75 et 80 ans. Malgré cela, ils sont probablement toujours d'origine congénitale et restent ordinairement stationnaires jusqu'à la puberté. On a cependant opéré avec succès des enfants de 6 et 8 ans. Leur mode de développement ressemble, probablement, à celui des autres kystes ovariques, puisqu'ils sont quelquefois de composition mixte et associés entre eux.

Traitement. — La ponction doit être rejetée comme procédé curatif. Même à titre d'exploration elle présente le grand danger d'amener de la péritonite, à cause de la nature du contenu kystique. Lorsqu'il se produit une perforation spontanée, il faut dilater le trajet fistuleux, s'il est accessible, et pratiquer dans la poche des injections désinfectantes. Si la tumeur fait saillie dans le vagin, si elle est fixée, et présente des signes de suppuration, on peut essayer de l'incision et du drainage.

Quand le kyste augmente de volume et a atteint certaines dimensions, l'ovariotomie doit être tentée. L'opération ne présente pas alors d'indications spéciales, et même la guérison paraîtrait plus fréquente pour les kystes dermoïdes que pour les autres variétés[1].

Fibromes de l'ovaire.

Les tumeurs solides de l'ovaire sont relativement rares. Si bien que, quelle que soit leur nature, fibromes, carcinomes, sarcomes, on ne les observe guère que dans la proportion de 1 à 2 pour 100[2].

[1] Dans 800 ovariotomies pratiquées par Sp. Wels, il y avait 20 kystes dermoïdes, sur lesquels il a obtenu 18 guérisons, ce qui donne une mortalité de 10 pour 100 seulement, tandis que pour les autres elle est de 25 pour 100 environ. (*Transact. path. Soc. of London*, 1876.)

[2] Ziembicki, *Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire*, thèse de doctorat, Paris, 1875.

Anatomie pathologique. — Les fibromes occupent le plus souvent un seul ovaire, quelquefois cependant les deux sont atteints. Ces tumeurs n'acquièrent pas en général des proportions très considérables et ne dépassent guère le volume d'une noix ou d'un œuf. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles présentent les dimensions d'une tête d'adulte, et dans ces derniers cas, c'est l'élément vasculaire qui domine. Leur consistance est dure, élastique, leur surface lisse et unie, ou légèrement mamelonnée. Elles sont souvent entourées d'une couche de néomembranes qui les fixent dans les situations les plus variées. Le pédicule de l'ovaire est presque toujours reconnaissable et les rapports de la tumeur avec la trompe diffèrent de ce que l'on observe pour les kystes. Dans ces derniers, le pavillon est appliqué sur la surface et fait pour ainsi dire partie de la masse pathologique. Pour les fibromes, au contraire, son extrémité est libre, indépendante, et conserve sa situation normale[1].

La plupart des fibromes de l'ovaire sont pour ainsi dire une hyperplasie du stroma ovarien, portant sur un point ou sur la totalité de l'organe. En tout cas, la tumeur fait corps avec les tissus qui l'entourent, et n'est pas environnée d'une capsule énucléable, à la façon de certains fibromyomes utérins. On y observe assez souvent des cavités kystiques, comme dans tous les néoplasmes, même solides, de l'ovaire. Ces cavités contiennent un liquide clair transparent, ou trouble et sanguinolent. Leur origine est due. ou à des points de ramollissement, de dégénérescence graisseuse; ou bien on les a considérées, peut-être avec raison, comme des hypertrophies folliculaires ou des espaces lymphathiques dilatés. En effet, elles ne dépassent guère le volume d'une noisette ou d'une noix.

[1] *Die soliden Eierstocksgeschwülste*, von Gerhard Leopold. (*Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, p. 874.)

La structure histologique de cette variété de tumeur ovarique est surtout fibreuse. Les muscles lisses s'y observent rarement et en petite quantité. Quelques anatomistes ont prétendu que, quand on constatait la présence de nombreux faisceaux musculaires, la tumeur était d'origine utérine. Il est en effet souvent difficile, même sur le cadavre et encore plus sur le vivant, de distinguer les fibromes de l'ovaire des corps fibreux sous-séreux pédiculés, ou développés sur les côtés de l'utérus, et dédoublant les deux feuillets du ligament large[1].

Si l'on examine une coupe de tumeur fibreuse de l'ovaire, on voit que les faisceaux conjonctifs sont disposés irrégulièrement, sans ordre, et ne rayonnent pas autour d'un ou de plusieurs centres, comme on l'observe pour les fibromyomes de l'utérus. Les vaisseaux sont, en général, peu nombreux et de petit calibre. Quelquefois, cependant, ils atteignent un développement considérable et donnent lieu alors à des masses d'un plus gros volume. On a signalé des fibromes développés aux dépens des corps jaunes. Les parties centrales de ces produits d'involution folliculaire, à l'état normal, sont, en effet, de véritables petits nodules de tissu fibreux semblable au tissu cicatriciel[2].

Les fibromes de l'ovaire ne sont pas exposés à toutes les modifications que nous avons décrites pour les fibromyomes utérins. La transformation calcaire s'y rencontre de temps à autre. En général, contrairement à ceux de l'utérus, c'est la surface externe qui se calcifie d'abord. On a cependant rapporté des cas de productions crétacées et ostéoïdes diffuses[3]. La suppuration s'observe rarement dans ce genre de tumeurs.

[1] Sangalli a signalé un cas de myome pur de l'ovaire, *Storia dei tumori*, t. II, p. 220.

[2] Voyez page 537.

[3] *Diffuses Eierstocksfibrome von eigenthumlichen Bau.* (Waldeyer, *Arch. f. Gyn.*, 1871, t. II, p. 440.)

Symptômes. — Les fibromes de l'ovaire occasionnent une série de troubles communs à toutes les tumeurs du petit bassin, et qui n'ont rien de spécial à cette variété anatomique. Leur petit volume les laisse souvent passer inaperçus, tant qu'ils n'atteignent pas les dimensions du poing.

Quelquefois l'attention est appelée par le développement d'une ascite qui les accompagne assez fréquemment, et dont la cause est difficile à expliquer avec un néoplasme peu volumineux, tandis que les kystes n'entraînent de l'ascite que dans leurs phases les plus avancées[1]. Ces tumeurs ont une marche lente et donnent rarement lieu à une péritonite généralisée. Quand cette complication a été observée, c'était, le plus souvent, consécutivement à la torsion du pédicule.

Diagnostic. — Le diagnostic certain d'un fibrome de l'ovaire n'est presque jamais possible. Si on constate l'existence, dans la région ovarique, d'une tumeur, petite, dure, à marche lente, avec conservation d'un bon état de santé générale, on pourra penser à un fibrome. La présence de l'ascite rend le cas très embarrassant et doit néanmoins plutôt faire soupçonner une affection maligne, surtout si le liquide s'est produit de bonne heure et en abondance, si la tumeur a donné lieu à des douleurs spontanées et présente une surface bosselée et irrégulière. L'état général de la malade et la marche ultérieure du néoplasme permettent de mieux asseoir le diagnostic.

Pronostic. — Les fibromes constituent la forme la plus bénigne de tumeurs de l'ovaire. Leur marche lente et même stationnaire les rend quelquefois complètement inoffensifs.

La dégénérescence calcaire améliore encore le pronostic.

[1] Olshausen a cité un cas de ce genre où une ascite extraordinairement abondante et se reproduisant rapidement disparut définitivement après l'ablation d'un petit fibrome de l'ovaire. (Olshausen, *loc. cit.*, p. 418.)

Étiologie. — Sur 55 observations de tumeurs solides de l'ovaire, Léopold a rencontré 16 fibromes, dont 3 calcifiés.

Spencer Wels, sur 500 ovariotomies, n'a vu que deux fois des fibromes. Ils sont cependant moins rares qu'ils ne paraîtraient l'être d'après ces statistiques. Leur petit volume diminue tellement leur importance clinique, qu'ils sont fréquemment méconnus pendant la vie.

Traitement. — Le traitement sera la plupart du temps expectant ou palliatif, s'il se produisait de l'ascite. Dans le cas de tumeur volumineuse, donnant lieu à des accidents graves, on pourrait tenter l'extirpation.

Cancer de l'ovaire.

Anatomie pathologique. — La question du cancer de l'ovaire est encore bien obscure et difficile à résoudre. La plupart des cas décrits sous le nom de carcinomes papillaires ou glandulaires (Klebs) n'étaient que des variétés de kystes végétants. Il en est de même des cancers colloïdes, ou dégénérescences gélatiniformes de Cruveilhier, qui sont des formations colloïdes se développant dans le stroma de l'ovaire ou dans le stroma de ses tumeurs.

Nous avons vu en effet que certains de ces néoplasmes se généralisent à la manière du cancer, sans changer de structure histologique. Si bien qu'aujourd'hui il nous semble impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire [1].

La production néoplasique infiltre ordinairement tout le tissu ovarien, et donne lieu à de grosses tumeurs atteignant le volume d'une tête d'adulte. Les nodules disséminés s'ob-

[1] Les concrétions calcaires figurées par Olshausen dans un cas de cancer de l'ovaire ont été également constatées par nous dans des kystes simples. (Voyez Olshausen, *loc. cit.*, p. 433 et fig. 33, et Malassez et de Sinéty, *loc. cit.*, *Archives de physiologie*, 1879, p. 371.)

servent surtout dans les cas de cancer secondaire. Les lésions ne sont généralement pas localisées à un seul point. Les ganglions lombaires sont atteints, ainsi que le péritoine circonvoisin, souvent même des organes éloignés tels que la plèvre.

Symptômes.— Le cancer de l'ovaire a une marche rapide et donne lieu, de bonne heure, à des accidents péritonitiques de voisinage. La tumeur elle-même est, en outre, le siège de douleurs spontanées assez intenses. L'ascite se produit dès le début, malgré le petit volume du néoplasme. L'œdème des membres inférieurs, observé dans ces conditions, a une grande importance. On a signalé, dans des cas de ce genre, la cessation de la menstruation. Les malades succombent dans le marasme, par péritonite ou par embolie pulmonaire; plus souvent encore, consécutivement à des généralisations vers des organes importants, l'estomac, l'intestin, le foie ou le poumon.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer de l'ovaire ne peut être qu'approximatif. Si, malgré une tumeur peu volumineuse encore de la région ovarique, la malade maigrit, se cachectise; quand on observe, en outre, de l'ascite et surtout un œdème double des membres inférieurs, sans qu'on puisse invoquer des phénomènes de compression, on est en droit de supposer la nature cancéreuse du néoplasme. La tumeur maligne est fréquemment immobile dès le début, par infiltration et induration des tissus ambiants.

Pronostic. — Le siège ovarique des lésions n'ajoute ni ne retranche rien à la gravité du pronostic de l'affection cancéreuse, presque fatalement mortelle à brève échéance, quel que soit le point de l'économie qu'elle envahisse.

Étiologie. — L'obscurité qui règne encore sur la structure et l'origine des tumeurs ovariques, réunies sous le nom de cancer, se fait surtout sentir relativement à leur étiologie.

Il paraîtrait résulter des diverses statistiques que les malades sont souvent atteintes à un âge moins avancé que pour le cancer des autres organes, le maximum de fréquence se montrant peu de temps après la puberté [1].

Comme nous l'avons déjà dit, on a confondu sous la dénomination de cancer certaines variétés de kystes à marche rapide. Les statistiques relatives à ce point d'étiologie ne présentent donc, jusqu'à présent, qu'un intérêt très secondaire.

Traitement. — L'ablation du néoplasme ne peut, dans les cas de tumeurs malignes de l'ovaire, donner de résultats satisfaisants. Le plus souvent, les malades succombent quelques heures ou peu de jours après l'opération. Le traitement devra donc être palliatif, et consistera en ponctions plus ou moins répétées et en moyens généraux destinés à soutenir le plus longtemps possible les forces des malades.

Sarcome de l'ovaire.

Anatomie pathologique. — Le sarcome envahit tantôt un seul ovaire, tantôt les deux. Il donne lieu à des tumeurs de volume moyen, atteignant parfois la grosseur de la tête, ou même des proportions encore plus considérables. Ces tumeurs sont généralement régulières, rondes ou ovales, à surface lisse. Leur consistance est molle, leur couleur blanchâtre ou blanc rosé à la coupe.

La variété fasciculée s'observe avec plus de fréquence que celle à petites cellules ou encéphaloïde. Les vaisseaux y sont

[1] D'après le relevé fait par Léopold, les âges étaient ainsi répartis sur 48 cas:

Au-dessous de 20 ans.	4 cas.
De 20 à 29 ans.	12 —
De 30 à 39 ans	7 —
De 40 à 49 ans.	12 —
A partir de 50 ans et au-dessus	13 —

nombreux, volumineux et dilatés. Des cavités kystiques se rencontrent assez ordinairement dans ces néoplasmes, ainsi que, du reste, dans toutes les tumeurs ovariques. On a, en général, considéré ces kystes comme étant d'origine folliculaire. Cependant, en lisant les descriptions données par quelques anatomistes, on voit que ces cavités étaient revêtues d'épithélium cylindrique et se rapprochaient du hile de l'ovaire, point où il n'existe pas de follicules de Graaf.

En outre, on a également constaté dans leur voisinage des tubes épithéliaux à apparence glandulaire. C'est qu'encore ici on a souvent pris pour des sarcomes des *épithéliomas mucoïdes* dans lesquels l'élément solide dominait, mais dont la structure était identique à celle des grands kystes de l'ovaire. On voit souvent, déjà à l'œil nu, sur la coupe des tumeurs sarcomateuses, des points jaunâtres ramollis. Ces îlots de dégénérescence graisseuse peuvent donner lieu à une autre variété de forme kystique. Les foyers hémorrhagiques sont également fréquents dans ces néoplasmes. Les métastases vers d'autres organes, estomac, intestin, plèvre, s'observent quelquefois pour ce genre de tumeurs.

Symptômes. — Au point de vue clinique, le sarcome de l'ovaire rentre complètement dans le cadre du cancer. Il amène rapidement la mort, quelquefois en peu de mois, et donne lieu aux mêmes phénomènes, ascite, péritonite, pleurésie, embolie pulmonaire.

Diagnostic. — L'origine exacte et la nature du néoplasme sont impossibles à affirmer sur le vivant. L'existence d'une grosse tumeur non fluctuante, à marche rapide, située dans la région de l'ovaire, plaidera en faveur de l'idée d'un sarcome. Les fibromes sont plus petits, leur marche est lente ou stationnaire, les kystes de l'ovaire ordinaires n'amènent d'ascite que dans leurs phases avancées et par compression. En outre, au début surtout, ils ne portent pas une atteinte

profonde à l'état général de l'organisme, comme le cancer ou le sarcome.

Pronostic. — Le pronostic est aussi grave que dans les autres formes de cancer. La mort en est la conséquence presque fatale, et souvent à brève échéance.

Étiologie. — Le sarcome de l'ovaire se développe surtout chez des sujets jeunes. On l'a observé chez des enfants ou chez des jeunes filles avant la puberté, ainsi que chez la femme adulte et même sur des malades de 62 et 66 ans.

Traitement. — Outre les moyens palliatifs, quelques chirurgiens ont tenté l'ovariatomie dans des cas de sarcomes. Dans ces circonstances, le succès immédiat est si compromis et le résultat futur tellement douteux quand les malades ont résisté à l'opération, que nous hésiterions à la conseiller.

Papillomes de l'ovaire.

Nous avons signalé l'existence de végétations papillaires dans les kystes et le cancer de l'ovaire. Ce sont des productions conjonctives et épithéliales creusées ou non de cavités.

On observe également, sous l'influence d'un processus inflammatoire, des bourgeons, des saillies à la surface de l'ovaire, surtout sur les points en rapport avec des adhérences; nous avons parlé de ces faits à propos de l'ovarite[1]. En dehors de ces cas, les papillomes bénins, comme on en rencontre dans d'autres régions des organes génitaux, la vulve et le vagin, par exemple, sont très rares sur l'ovaire.

L'*enchondrome* est tellement exceptionnel dans la glande ovarique que, sauf un cas publié par Kiwisch[2], nous n'en avons pas relevé d'observation dans les auteurs. Nous rap-

[1] Voyez page 588.

[2] Cité par Olshausen, p. 428, sans indication bibliographique.

pellerons que le tissu cartilagineux a été signalé comme élément accessoire dans certains kystes ovariques.

Tubercules de l'ovaire.

L'ovaire est un des organes où se manifeste le plus rarement la diathèse tuberculeuse. Les granulations ou les petites masses caséeuses qu'on y a quelquefois rencontrées coïncidaient presque toujours avec de la péritonite ou de la péri-ovarite chronique, et des lésions de même nature du côté d'autres organes, l'utérus, les trompes et surtout les poumons. La seule fois que nous ayons eu l'occasion de faire l'examen histologique d'ovaires tuberculeux [1], la nature des altérations n'était pas douteuse, mais elles étaient trop avancées pour qu'il fût possible de dire si le point de départ avait été autour des vaisseaux, dans le stroma ou dans les follicules. Cette malade présentait également des tubercules dans le poumon et dans d'autres organes.

Il n'y a pas, jusqu'à présent, dans la science, d'observation démontrant que la tuberculose puisse débuter par l'ovaire. Celles qui ont été interprétées dans ce sens ne nous paraissent nullement probantes, et leurs auteurs se sont surtout basés sur ce que, à l'autopsie, les lésions paraissaient plus avancées dans l'ovaire que sur les autres points de l'économie; ce qui ne nous semble pas concluant [2]. On a vu des productions tuberculeuses à la surface ou dans les parois de quelques kystes de l'ovaire [3].

[1] Voyez *Bulletins de la Société anatomique*, 1878, p. 344.

[2] Chez les tuberculeuses, nous avons toujours rencontré un grand nombre de *follicules atrésiés*, c'est-à-dire en voie de disparaître sans avoir expulsé leur ovule. Ce processus régressif, très fréquent chez l'enfant (voyez page 536), est peu accusé pour la femme adulte à l'état physiologique. Il n'est cependant pas spécial à la tuberculose et on l'a signalé également dans d'autres maladies générales.

[3] Sp. Wells, et Olshausen, *loc. cit.*, p. 441.

ANATOMIE DE LA TROMPE

On désigne sous le nom de *trompes utérines* ou *trompes de Fallope*[1] (fig. 50, *t*, p. 230, et fig. 130, *t*, p. 530), deux conduits qui s'étendent des angles supérieurs ou cornes de l'utérus, jusque sur les côtés du petit bassin. Elles occupent l'aileron moyen du ligament large, dont le postérieur contient l'ovaire et l'antérieur le ligament rond. Rectilignes dans la partie qui avoisine l'utérus, les trompes deviennent flexueuses à mesure qu'elles s'éloignent de ce point[2], et le sont quelquefois dans presque toute leur étendue. Elles se dirigent transversalement en dehors, se portent ensuite en bas en arrière et en dedans, pour se rapprocher de l'extrémité externe de l'ovaire, auquel elles sont unies par un tractus fibreux ou *ligament tubo-ovarien* (fig. 130, F), très important au point de vue de la fécondation. Leur longueur varie de 9 à 12 centimètres[3], et diffère d'un côté à l'autre de près de 1 centimètre. Le diamètre du canal change considérablement selon les points. Permettant à peine l'introduction d'une soie de sanglier vers son orifice utérin, il laisse au contraire pénétrer une grosse sonde au voisinage de son extrémité abdominale.

On a divisé la trompe en trois segments principaux. L'*interne* ou *isthme*, long de 3 centimètres, est dur, résistant, impossible à dilater à l'état normal sur le cadavre[4]. Son calibre est de 1 à 1 millimètre 1/2 dans toute son étendue.

[1] Du nom de l'anatomiste du seizième siècle qui les a le premier bien décrites.

[2] Ces flexuosités, peu accusées dans l'espèce humaine, le sont beaucoup plus dans d'autres espèces animales, le lapin, le cobaye, par exemple.

[3] Beigel, qui a fait un grand nombre de mensurations sur le cadavre, a trouvé comme minimum 4 centimètres, et comme maximum 17 centimètres. (*Patholog. Anat. der Weibl. Unfruchtbarkeit* : 1878, p. 48.)

[4] Nous disons *sur le cadavre*, car il est possible que sur la femme vivante cette partie soit susceptible de subir un certain degré de dilatation physiologique. Sans cela on s'expliquerait difficilement le passage d'un ovule fécondé.

et non, comme on l'a dit, seulement à son embouchure utérine. Cette portion se rétrécit encore plus et même s'oblitère souvent chez les vieilles femmes. Le *segment moyen* ou *ampoule* présente des parois minces, extensibles, faciles à comprimer, et peut subir dans certaines conditions pathologiques un degré extrême de dilatation. Le *segment externe* se termine en entonnoir par une extrémité frangée ou *pavillon de la trompe* (fig. 130, P). Les villosités qui entourent le pavillon, de longueur variable, dont l'une possède des dimensions notablement supérieures aux autres, sont ordinairement au nombre de 10 à 15, et forment une espèce de gouttière rejoignant l'ovaire[1]. A l'orifice tubaire abdominal, il existe un point rétréci (sphincter tubaire de quelques auteurs), qui n'a que 3 à 5 millimètres de diamètre. Quand on ouvre la trompe suivant son axe, on voit qu'elle est sillonnée dans toute son étendue par des plis longitudinaux plus ou moins profonds. Ses vaisseaux volumineux, et d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage du pavillon, sont surtout constitués par des *veines* qui forment des arcades anastomotiques sur son bord inférieur et se rendent dans les veines utéro-ovariennes. Les *artères*, dont la couche musculaire est très épaisse, présentent une disposition hélicine. Les *lymphatiques* sont situés immédiatement au-dessous du péritoine, plus superficiellement que les troncs vasculaires sanguins. Les *nerfs* proviennent du plexus hypogastrique. Leur distribution et leurs propriétés physiologiques n'ont pas été suffisamment étudiées jusqu'à présent.

Histologie. — Si on examine une coupe transversale de la trompe, on voit qu'elle se compose de plusieurs couches principales. D'abord le revêtement péritonéal, au-dessous

[1] *Fimbria ovarica*, de Henle.

duquel on observe une couche de tissu conjonctif fibreux à lames parallèles, et une troisième formée de muscles lisses. Les faisceaux musculaires longitudinaux sont plus abondants dans les parties les plus externes, et prennent une disposition circulaire en se rapprochant de la muqueuse. Mais pas plus pour la trompe que pour l'utérus il n'existe de couches musculaires formées d'éléments dirigés uniquement dans un même sens déterminé.

La muqueuse est revêtue d'une rangée d'épithélium cylindrique à cils vibratiles et ne possède pas de glandes. Sur une section transversale, l'aspect de ses nombreux replis a pu faire croire à la présence de glandes, dont nous n'avons jamais constaté l'existence. Du reste, au point de vue de la physiologie et de l'anatomie générale, il y a une grande ressemblance entre un repli de la muqueuse et une glande en tube, qui n'est, à tout prendre, qu'une dépression plus profonde, un enfoncement en doigt de gant de cette même muqueuse.

Les franges du pavillon sont également recouvertes d'épithélium vibratile. Celui-ci se confond peu à peu dans une grande partie de son étendue avec le péritoine voisin, dont il est séparé par un liséré souvent visible à l'œil nu[1]. Sur un point il se continue avec l'épithélium de la surface de l'ovaire. Cependant, d'après Waldeyer, dans la plupart des cas chez la femme, l'épithélium de la trompe et celui de l'ovaire sont séparés par un tout petit espace péritonéal. La communication directe serait la règle chez le lapin[2].

[1] D'après Pouchet, les éléments se modifient peu à peu, pour passer de la cellule cylindrique à la cellule plate, qui revêt le péritoine. (Voyez Pouchet et Tourneux, *Précis d'histologie humaine*, 1878, p. 763 ; et Tourneux et Hermann, *Journ. de l'anat.*, 1876, p. 568.)

[2] On sait que chez certains animaux inférieurs toute la cavité péritonéale est germinative et vibratile. Cette région se différencie et diminue de plus en plus d'étendue à mesure que l'animal s'élève dans l'échelle. D'après Waldeyer, l'origine commune de l'endothélium péritonéal et de l'épithélium ger-

PHYSIOLOGIE DE LA TROMPE

La trompe donne passage à l'ovule et aux spermatozoïdes. Elle est en outre probablement, chez la femme, le siège le plus fréquent de la fécondation. Son rôle est donc très important, relativement à la reproduction de l'espèce. Nous reviendrons plus en détail sur ces fonctions à propos de la stérilité.

Le processus qui fait passer l'ovule, de l'ovaire dans la trompe, a donné lieu à de nombreuses discussions. On a admis que le pavillon s'applique sur la glande génitale femelle au moment de la déhiscence du follicule, sous l'influence d'une sorte d'érection pour les uns, par la contraction des faisceaux musculaires selon d'autres[1]. Les courants dus aux mouvements des cils vibratiles semblent avoir une action prépondérante pour amener l'ovule jusque dans le pavillon et continuer à le faire progresser dans tout le canal tubaire[2]. Son cheminement, quand il a dépassé le pavillon,

minatif n'est qu'apparente. Là où l'épithélium disparaît, le tissu conjonctif sous-jacent met en liberté des cellules qui produisent l'endothélium, comme dans la formation des bourses séreuses accidentelles. (Waldeyer, *Eierstock und Ei*, 1870.) Dans l'ordre des batraciens, où le revêtement épithélial persiste chez l'adulte, on voit une seconde couche de cellules située au-dessous de la première. C'est qu'en effet, pour certains embryologistes, il existerait une différence radicale entre les éléments épithéliaux et endothéliaux. Les uns proviendraient toujours du feuillet externe ou interne du blastoderme, tandis que les autres seraient d'origine conjonctive, dérivés, par conséquent, du feuillet moyen. Cette opinion nous paraît beaucoup trop absolue. Déjà elle semblait bien difficile à admettre pour les faits relatifs à la cavité péritonéale. Un argument encore plus décisif contre cette théorie résulte de la curieuse disposition qui existe dans le cœur de la grenouille. Ranvier a montré que la collerette qui surmonte la cloison interauriculaire du cœur, chez ces batraciens, est tapissée par un épithélium cylindrique aplati, tandis que tout le reste de la cloison est revêtu d'un véritable endothélium. Or, il est bien difficile de faire concorder l'hypothèse de l'origine distincte avec la présence de l'épithélium dans le système vasculaire, qui le développe aux dépens du feuillet moyen.

[1] Rouget, *Journal de physiologie de Brown Sequard*, 1858, t. I, p. 337.

[2] Tout en admettant l'application du pavillon sur l'ovaire, Cruveilhier a fait ressortir la grande importance de la gouttière qui relie les deux organes entre eux. (Cruveilhier, *Traité d'anat. descriptive*, 1852, t. III, p. 689.)

doit être en outre facilité par des mouvements péristaltiques, qui ont été constatés chez la femme pendant des opérations d'ovariotomie, et encore plus facilement chez les animaux. On a observé que chez ceux dont les trompes étaient plus contractiles (lapin, cobaye) l'ovule parvenait dans l'utérus après une période de temps beaucoup moindre (trois jours) que pour d'autres espèces dont les trompes répondaient moins aux diverses excitations (6 à 8 jours pour le chien)[1].

Différents faits d'observation tendent à prouver qu'il se produit une exhalation sanguine à la surface tubaire, sous l'influence de la menstruation[2]. La quantité de sang exhalé dans ces conditions doit être beaucoup moins abondante que pour l'utérus. La desquamation de la muqueuse sous cette même influence cataméniale, quoique admise par différents auteurs[3], ne nous paraît pas absolument démontrée, à l'état normal. Pendant la période intermenstruelle, la sécrétion tubaire est peu abondante et doit être déversée plutôt vers la cavité péritonéale que vers l'utérus[4]. Ce qui semble résulter de ce fait d'observation, que l'occlusion de l'orifice tubo-utérin seul n'amène le plus souvent aucune dilatation de la trompe.

DÉVELOPPEMENT DE LA TROMPE

Les trompes se développent aux dépens du segment supérieur des tubes de Müller (fig. 133, *b*, p. 540), dont la partie inférieure forme l'utérus et le vagin. Les franges du pavillon se constituent peu à peu sur les bords de l'orifice

[1] Beigel, t. I, p. 63.

[2] Voyez page 274.

[3] Seuvre, *Recherches sur l'inflammation des trompes utérines*, thèse de doctorat, Paris, 1874, p. 33.

[4] Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs. Voyez Seuvre, *loc. cit.*, p. 40.

supérieur du canal, qui sont lisses et unis chez l'embryon. Il existe souvent, à son extrémité abdominale, un kyste piriforme pédiculé, désigné sous le nom d'*hydatide de Morgagni*. Le pédicule de cet appendice est plein, et s'implante sur la face antérieure du ligament large, et non sur les franges du pavillon. Sa cavité, tapissée d'une couche d'épithélium à cils vibratiles, contient un liquide transparent. Chez le nouveau-né et même chez l'adulte, ce kyste est souvent accompagné d'autres plus petits également pédiculés, tapissés d'épithélium vibratile et placés de distance en distance sur le bord de l'aileron tubaire du ligament large. Ces productions ne se rencontrent pas d'une façon constante, et l'hydatide de Morgagni ne se montre que sur un cinquième des femmes, environ. On l'avait considérée généralement comme un vestige de l'extrémité supérieure du canal de Müller. Cette opinion n'a pas été confirmée par les recherches récentes des embryologistes, qui font rentrer cette formation kystique dans le cadre des produits pathologiques[1].

Chez l'embryon, les trompes sont relativement plus développées que l'utérus. C'est pendant les deux derniers mois de la vie intra-utérine qu'elles présentent leur degré le plus accusé de flexuosité.

ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION DES TROMPES

Nous avons vu que les trompes se forment aux dépens de la partie supérieure des tubes de Müller, dont la portion inférieure donne naissance à l'utérus et au vagin. Dans certains cas d'utérus doubles, il serait difficile de préciser ce qui appartient à l'utérus et à l'oviducte, si l'insertion du ligament rond ne nous servait pas de point de repère[2].

[1] Kölliker, *Entwickelungsgeschichte*, etc., Leipzig, 1879, p. 987.
[2] Voyez page 265.

Divers arrêts de développement peuvent frapper ces conduits, soit à l'une de leurs extrémités, plus rarement dans d'autres points de leur trajet. ***Leur absence ou leur état rudimentaire*** coïncide le plus souvent avec une lésion du même ordre du côté de l'utérus. Dans les cas d'utérus unicorne, l'oviducte n'existe ordinairement que du côté sain et fait défaut de l'autre. On observe exceptionnellement l'absence de la trompe, lorsque la corne utérine correspondante est normalement développée[1]. Les conduits tubaires peuvent être uniquement indiqués, leur lumière étant oblitérée dans toute la longueur, ou seulement sur un ou plusieurs points. L'orifice abdominal est quelquefois rétréci et à peine visible au milieu des franges, qui ne manquent guère que dans les cas d'utérus fœtal ou infantile. Ou bien il est, au contraire, allongé, présentant la disposition d'une gouttière ouverte en haut, de sorte que la paroi inférieure est plus longue que la supérieure.

Les ***pavillons multiples*** sont assez fréquemment observés, et existeraient, d'après Richard[2], dans un sixième des cas environ. Dans ces conditions, l'orifice accessoire, situé dans le voisinage du pavillon principal avec lequel il communique, est également entouré de franges. Cette anomalie est tantôt limitée à un seul côté, tantôt siège sur les deux. On n'a jamais rencontré plus de trois pavillons sur une même trompe. Les notions que nous possédons aujourd'hui sur la formation du canal de Müller permettent de mieux comprendre le mode de développement de ces anomalies[3].

Outre ces orifices multiples d'origine congénitale, quelques anatomistes en ont décrit une autre variété se produisant après la naissance, sous l'influence d'une éraillure des

[1] Voyez l'observation de Blot, *Gazette médicale*, 1856.
[2] Richard, thèse de Paris, et *Gazette médicale*, 1851.
[3] Waldeyer, *Eierstock und Ei*, 1870, p. 127.

parois tubaires amenant peu à peu une hernie de la muqueuse et une perforation[1]. Dans ces circonstances, on ne rencontre pas de disposition frangée autour de l'orifice accessoire.

Ces anomalies n'ont pas grand interêt au point de vue pratique. On a voulu faire jouer un rôle aux ouvertures multiples, dans certains cas de grossesse extra-utérine, admettant que l'ovule fécondé ayant pénétré par l'une ressortirait par l'autre. Cette vue, tout hypothétique, n'est basée sur aucun fait anatomique. Les deux agents qui font cheminer l'ovule, les courants produits par les cils et les mouvements péristaltiques des parois tubaires, nous semblent au contraire, même dans ce cas, devoir se combiner pour le diriger vers la cavité utérine.

La *longueur anormale des trompes* est, le plus souvent, la conséquence de quelque autre lésion du voisinage, tumeurs du petit bassin, kystes de l'ovaire, inflammations circumutérines. Quand l'ovaire descend dans la grande lèvre à la façon du testicule (hernie ovarienne congénitale), la trompe l'accompagne[2], d'où une augmentation de sa longueur. En dehors de ces circonstances, on a quelquefois observé une élongation insolite du canal tubaire, celui-ci atteignant 16 et 17 centimètres en l'absence de toute autre altération.

Les *déviations des trompes* sont également consécutives à des tumeurs utérines ou ovariennes, à des déplacements de l'utérus et surtout à des phlegmasies et des adhérences qui les fixent dans les situations les plus variées. Ces dispositions anatomiques n'ont par elles-mêmes d'autre importance clinique que de devenir souvent une cause de stérilité. La fixation de la trompe sur un point insolite s'ac-

[1] Rokitanski, *Lehrbuch der patholog. Anatomie*, 1861, t. III, p. 434.

[2] On a également observé des hernies de la trompe seule, mais ces cas sont exceptionnels. (Courty, *loc. cit.*, p. 811.)

compagne, dans bien des cas, d'oblitération du pavillon, dont nous allons nous occuper maintenant.

Rétrécissement ou oblitération des trompes.

Anatomie pathologique. — Les oblitérations des trompes peuvent se produire sur un point quelconque de leur trajet. C'est surtout à une des deux extrémités, abdominale ou utérine, qu'on les observe de préférence, soit consécutivement à une phlegmasie péritonéale, soit sous l'influence d'un néoplasme ou d'un épaississement de la muqueuse utérine. Les adhérences des parois entre elles, dans les régions moyennes du canal tubaire, sont rares.

Au-dessous ou au-dessus de l'oblitération, selon le point où elle siège, on observe une dilatation du conduit. Ce phénomène sera d'autant plus accusé que les deux orifices seront imperméables. Cependant, la dilatation se rencontre quelquefois quand le pavillon seul est obstrué, l'extrémité utérine restant libre, tandis qu'elle ne se produit pas, si celle-ci est fermée isolément et que la communication avec le péritoine persiste. D'où on a conclu, avec raison, qu'à l'état normal, la sécrétion tubaire a une plus grande tendance à se porter vers le péritoine que vers l'utérus.

Les trompes dilatées donnent lieu à une tumeur ampullaire, bosselée, rétrécie et dilatée alternativement, rappelant la disposition d'une anse intestinale (fig. 145, T). Ces tumeurs atteignent rarement un volume considérable, et les cas où leurs dimensions se rapprochaient de celles d'une tête de fœtus[1] sont tout à fait exceptionnels. Quand cette disposition est très accusée, les plis de la muqueuse disparaissent et sa surface revêt l'aspect d'une membrane sé-

[1] Klob, *loc. cit.*, p. 289.

reuse[1], ou présente des granulations, des concrétions calcaires. Les couches musculaires peuvent s'atrophier. La nature du contenu est variable. Tantôt constitué par un liquide plus ou moins jaunâtre mélangé de nombreux cristaux de cholestérine, il est d'autres fois teinté de sang et devient alors rosé, rouge, ou couleur chocolat. Enfin il n'est pas rare de rencontrer du pus véritable. Le plus souvent la dilatation porte sur les deux trompes.

Symptômes. — Les symptômes dus à l'oblitération des trompes ne présentent ordinairement rien de spécial et sont surtout dominés par les manifestations de la pelvi-péritonite. Les caractères de la tumeur se rapprochent de ceux des petites tumeurs ovariques. On a vu des cas où, l'orifice tubo-utérin étant libre, le liquide refluait dans cette direction et s'écoulait par la vulve, quelquefois même avec un certain degré de périodicité.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est le plus souvent fait qu'à l'autopsie. Il est difficile de distinguer l'hydropisie tubaire d'un kyste de l'ovaire au début. La marche ultérieure sera différente, selon qu'on aura affaire à l'une ou à l'autre des deux affections. La tumeur de l'ovaire augmente graduellement de volume, d'une façon plus ou moins prompte. Celle due à la trompe dilatée reste stationnaire ou diminue, et n'acquiert presque jamais un volume notable. Chez quelques malades dont les parois abdominales sont très dépressibles, on peut arriver, par le palper et le toucher combinés, à percevoir plusieurs petites masses globuleuses séparées par des étranglements. L'hydropisie tubaire est plus fréquemment double que les néoplasmes ovariques.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydropisie tubaire n'est pas grave par lui-même, en ce sens qu'il n'expose guère les

[1] On a signalé, dans ces cas, une transformation de l'épithélium cylindrique vibratile en épithélium pavimenteux.

jours de la malade. La rupture des trompes se produit peu fréquemment dans ces conditions[1]. Si la lésion est double, la stérilité en sera la conséquence forcée. Même quand l'oblitération ne siège que d'un côté, il est rare que l'autre n'ait pas perdu ses propriétés physiologiques, sous l'influence de l'inflammation catarrhale.

Une oblitération incomplète peut être cause de grossesse extra-utérine, soit en donnant passage au sperme et pas à l'œuf fécondé, soit en permettant au liquide mâle de passer par la trompe libre pour aller féconder un ovule sur l'ovaire du côté opposé. Nous reviendrons plus en détail sur ces faits, à propos des grossesses extra-utérines.

Étiologie. — Les oblitérations de la trompe sont congénitales ou acquises. Les premières coïncident presque toujours avec d'autres vices de conformation des organes génitaux. Les oblitérations acquises se produisent sous des influences diverses. Rarement consécutives aux ulcérations du canal, elles sont plutôt dues à la propagation d'un processus inflammatoire gagnant le pavillon et ses franges, et encore plus fréquemment à des lésions péritonéales.

Traitement. — Si la tumeur, comme c'est l'ordinaire, ne dépasse pas un petit volume, il n'y a pas lieu d'intervenir. Un accroissement considérable de ses dimensions devrait engager à pratiquer une ponction aspiratrice, en choisissant de préférence la voie vaginale. On a publié plusieurs cas de guérisons obtenues par ce procédé.

DE LA SALPINGITE

Anatomie pathologique. — L'inflammation de la trompe ne se rencontre guère à l'état isolé et s'accompagne pres-

[1] Nous exceptons, bien entendu, les faits relatifs aux *grossesses tubaires*, dont nous nous occuperons au chapitre de la *grossesse extra-utérine* en général.

que toujours de métrite interne ou de pelvi-péritonite. Elle siège en général des deux côtés (fig. 143). Les canaux tu-

Fig. 143. — Salpingite avec dilatation det trompes (d'après Cruveilhier). (L'utérus est ouvert par sa paroi antérieure.)

TT. Trompes. — PP. Pavillon des trompes. — OO. Ovaires. — LL. Ligaments larges.

baires enflammés sont plus flexueux, plus vasculaires qu'à l'état normal, l'ampoule est dilatée (fig. 143, T). On observe des altérations de la muqueuse et du pavillon, souvent fixé par des adhérences[1].

Dans les cas dont nous avons fait l'examen histologique, les lésions, dominant surtout du côté de la muqueuse, envahissaient plus ou moins profondément les couches fibro-musculaires. L'épithélium de revêtement avait disparu et était remplacé par de nombreux éléments embryonnaires, fortement colorés par le picro-carminate. Dans un cas de mort rapide, nous avons vu l'épithélium exceptionnellement conservé sur quelques points, au-dessous desquels existait déjà une infiltration embryonnaire. L'inflammation semblait donc avoir débuté par la couche sous-épithéliale de la muqueuse. Dans les régions plus profondes, ces mêmes petits éléments formaient des masses dissémi-

[1] On a vu quelquefois les trompes dilatées par du pus tomber dans les culs-de-sac comme deux tumeurs piriformes, sans lésions du péritoine, mais ces cas sont rares.

nées. Plus nombreux autour des vaisseaux, ils étaient également infiltrés le long des faisceaux musculaires, donnant lieu à de petites traînées parallèles à l'axe de ces faisceaux. Les muscles eux-mêmes ne présentaient pas de modifications appréciables. Ces lésions du parenchyme de la trompe avaient la plus grande ressemblance avec ce qu'on observe du côté de l'utérus dans les premières périodes de la métrite [1].

Symptômes. — Les symptômes de la salpingite sont ceux de la métrite ou de la pelvi-péritonite qui l'accompagne. Les signes cliniques considérés comme spéciaux à l'inflammation des trompes s'observent également dans ces deux affections. La salpingite peut donner lieu à une péritonite, par propagation, ou par rupture et pénétration du pus dans la cavité péritonéale. On a vu également le pus se faire jour dans le rectum; plus rarement dans le vagin ou la vessie.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'inflammation des trompes présente d'autant moins d'intérêt qu'elle est à peu près toujours accompagnée d'autres lésions plus importantes. On a signalé, dans le cas de salpingite, l'existence d'un cordon bosselé, ondulé, inégal et douloureux, situé plus haut que dans les inflammations circum-utérines simples [2]. Ce signe nous paraît bien douteux et difficile à percevoir. Chez quelques femmes, cependant, les parois abdominales sont tellement dépressibles, qu'au moyen du palper et du toucher combinés on peut arriver à circonscrire tous les organes contenus dans le petit bassin. Mais ce sont là de rares exceptions.

Pronostic. — Le pronostic des inflammations de la trompe est assez grave, d'abord à cause des accidents immédiats qui peuvent en résulter, ensuite et surtout relativement à la sté-

[1] Voyez page 333.
[2] Courty, *loc. cit.*, p. 593.

rilité qui en est souvent la conséquence. On a pensé que le pus contenu dans la trompe pouvait refluer dans le péritoine sous l'influence d'une pression et donner lieu à une péritonite. Cette hypothèse, très admissible du reste, est difficile à vérifier, parce que dans toutes les autopsies faites dans ces conditions, les lésions du péritoine sont constantes, et il est presque impossible de remonter à leur origine. Ce qui domine l'étiologie de la salpingite, c'est la périmétrite ou la métrite, et par conséquent l'accouchement à terme ou prématuré. La lymphangite joue encore ici un rôle important. Dans les cas où après un cathétérisme, un simple toucher, ou une injection vaginale[1], des accidents graves se sont développés et ont entraîné la mort, c'est surtout l'existence d'une pelvi-péritonite ancienne et latente qu'il faut invoquer.

La blennorrhagie a été considérée, avec raison, comme cause de salpingite. C'est du quinzième au trentième jour après la contamination que les accidents se développent en général. L'inflammation tubaire n'est encore ici que secondaire, ou consécutive à la métrite de même origine, sur laquelle, tout récemment, on a de nouveau appelé l'attention[2], et qui ne constitue pas une métrite spéciale, si ce n'est relativement à son étiologie. Dans ces conditions, on admet ordinairement que c'est par continuité et aux dépens de la muqueuse que se fait la propagation de l'affection jusqu'au péritoine. Nous avons déjà parlé de certaines observations de ce genre où la muqueuse des trompes était saine, et où, par conséquent, les lymphatiques avaient dû servir de voie de transmission[3]. La salpingite purulente s'observe fréquemment chez les tuberculeuses, même avant l'âge de la puberté.

[1] Lorain, *Gaz. des hôpit.*, 1873, p. 1114.
[2] Remy, *Blennorrhagie de l'utérus* (*Annales de Gynécologie*, 1879, p. 292).
[3] Voyez page 321.

Traitement. — Le traitement de la salpingite sera celui de la métrite ou de la pelvi-péritonite concomitantes. Nous rappellerons, à ce propos, combien on doit être prudent et sobre d'intervention trop active dans les cas de ce genre.

TUMEURS DES TROMPES

On observe sur les trompes diverses variétés de tumeurs, que nous avons déjà étudiées à propos de l'utérus.

Les *fibromes* ou *fibro-myomes* y sont assez rares et atteignent peu souvent un volume considérable. Leurs dimensions les plus ordinaires sont celles d'un pois ou d'une noisette[1]. Ils siègent dans les parois et font saillie à l'extérieur, quelquefois même ils sont pédiculés. On rencontre, chez certaines femmes, une hypertrophie unie à une dégénérescence fibreuse des franges du pavillon. A la suite des phlegmasies intra ou extra-tubaires, il se produit à la surface interne ou externe de l'oviducte des végétations papillaires de nature fibreuse, semblables à celles que nous avons indiquées à propos de l'ovarite.

L'*existence de lipomes*, atteignant les proportions d'une noix, a été signalée sur la trompe.

Outre l'*hydatide de Morgagni*, dont le pédicule s'allonge quelquefois considérablement, de *petits kystes* se développent souvent dans le voisinage de l'oviducte. Ils siègent rarement sur les franges mêmes du pavillon et s'observent surtout avec un grand degré de fréquence chez le nouveau-né. Ceux que nous avons examinés contenaient un liquide clair et transparent. Leurs parois étaient tapissées d'une couche d'épithélium cubique, ou cylindrique à cils vibratiles. On y a

[1] On a publié quelques rares observations de fibromes de la trompe ayant atteint les dimensions d'une tête d'enfant. (Simpson, *Diseases of women*, p. 541, et Schrœder, *loc. cit.*, p. 324.)

trouvé des concrétions calcaires. Toutes ces tumeurs, par le petit volume qu'elles présentent, n'ont pas grande signification clinique. Elles peuvent seulement, selon leur siège, constituer un obstacle à la fécondation.

Le *cancer* ne se développe jamais primitivement sur la trompe. Quand on l'y rencontre, c'est qu'il l'a envahie consécutivement à un organe voisin, utérus, ovaire, péritoine. Son importance n'est donc que tout à fait secondaire.

De toutes les régions des organes génitaux de la femme, la trompe est la plus fréquemment atteinte par les *lésions tuberculeuses*. Ces altérations siègent d'abord sur la muqueuse, qui subit peu à peu une dégénérescence caséeuse complète[1]. La couche musculaire peut être envahie à son tour et même détruite[2]. Les parois tubaires ne sont plus alors représentées que par une poche fibreuse, contenant des masses caséeuses et du pus. La perforation de la trompe peut en être la conséquence. On observe, presque toujours, en même temps, à l'autopsie, dans des cas de ce genre, des altérations du péritoine voisin[3]. Quelques auteurs ont admis que la tuberculose pouvait débuter par la muqueuse tubaire. Les observations publiées à l'appui de cette hypothèse étaient basées sur ce que les lésions paraissaient plus avancées, et par conséquent plus anciennes, sur ce point. Mais, comme à peu près toujours il existait également des tubercules dans d'autres organes, la tuberculose primitive de la trompe ne nous paraît pas un fait démontré. Dans ces conditions, elle ne présente qu'un intérêt clinique secondaire, et rentre dans l'étude de la diathèse tuberculeuse en général.

[1] Lorsque les altérations ne sont pas trop avancées, on voit que c'est le tissu sous muqueux qui est d'abord envahi, l'épithélium étant encore conservé en beaucoup de points, comme nous l'avons également signalé pour l'utérus, p. 475.

[2] Beigel, *Patholog. Anatom. der Unfruchtberkeit*, 1878, p. 268.

[3] Nous avons quelquefois rencontré dans les autopsies de tuberculeuses, outre les lésions pulmonaires, des altérations spécifiques de la trompe, malgré l'intégrité du péritoine et de tous les autres points des organes génito-urinaires.

ANATOMIE DES LIGAMENTS LARGES

On entend par *ligaments larges* deux replis péritonéaux s'étendant des bords de l'utérus aux parties latérales du petit bassin. Ils se divisent à leur partie supérieure en trois replis ou ailerons. Le postérieur contient l'ovaire et son ligament. Le moyen, le plus élevé et le plus considérable, contient la trompe, et l'antérieur le ligament rond. Le *ligament rond* est une sorte de cordon fibro-musculaire qui se détache de l'utérus en avant et au-dessous de la trompe. Après avoir parcouru le canal inguinal, il se termine dans la grande lèvre et envoie quelques fibres qui s'attachent à l'épine pubienne. Le siège de son insertion est très important à constater, dans certains cas d'utérus doubles ou de grossesses tubaires, pour préciser le point où commence la trompe et où finit l'utérus.

C'est dans l'épaisseur du ligament large, dans le voisinage de l'oviducte, qu'on trouve entre les deux feuillets péritonéaux l'*organe de Rosenmüller*. On appelle ainsi 12 à 15 tubes simples, rarement ramifiés, revêtus d'une couche de cellules à cils vibratiles. Ils se terminent en culs-de-sac légèrement renflés à leur extrémité. Ces tubes représentent, chez la femme, les vestiges de la partie sexuelle du corps de Wolff.

Les *artères* des ligaments larges naissent de deux sources, de l'artère *utérine*, branche de l'hypogastrique, et de l'artère *utéro-ovarienne*, qui se détache directement de l'aorte. Les *veines* forment un plexus très riche, sur lequel M. Richet a spécialement appelé l'attention [1]. Les *vaisseaux lymphatiques* sont nombreux. Les plus superficiels viennent du corps de

[1] Richet, *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 735.

l'utérus et se rendent aux ganglions lombaires. Les plus profonds émanent principalement du col et aboutissent aux ganglions pelviens[1]. Les *ganglions lymphatiques*, signalés par M. Lucas-Championnière dans l'épaisseur des ligaments larges, ne paraissent pas constants chez la femme et n'ont pas été retrouvés par tous les anatomistes. Les *nerfs* se divisent en supérieurs et inférieurs. Les premiers sont des branches des plexus rénaux et lombaires. Les seconds proviennent du plexus hypogastrique.

M. Rouget a décrit vers cette région une disposition des faisceaux musculaires, auxquels il fait jouer un rôle considérable dans les phénomènes d'adaptation de la trompe à l'ovaire[2]. Les feuillets péritonéaux qui forment les ligaments larges offrent une très grande résistance. Cette propriété a été confirmée d'une façon plus précise par les récentes expériences de M. Tripier, qui ont montré qu'une pression dépassant deux atmosphères était nécessaire pour en opérer la rupture[3].

Histologie. — La surface des ligaments larges, comme celle des autres points du péritoine, est recouverte d'une couche de grandes cellules endothéliales. L'imprégnation d'argent, suivie de la coloration au picrocarminate d'ammoniaque, donne des préparations sur lesquelles on peut bien étudier tous les détails de cette disposition[4]. La couche connective qui accompagne les vaisseaux est constituée par du tissu conjonctif diffus, peu riche en fibres élastiques. De chaque côté de cette zone, immédiatement au-des-

[1] Voyez page 234.

[2] *Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien dans leurs rapports avec la menstruation et l'ovulation*, par Charles Rouget. (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, 1858, p. 736.)

[3] Poncet, *De l'hématocèle péri-utérine;* thèse d'agrégation, Paris, 1878, p. 132.

[4] Ranvier, *Traité technique d'histologie*, p. 375.

sous de la lame péritonéale, existe un remarquable réseau formé de faisceaux très épais et resistants, sorte de membrane fibreuse fenêtrée, dont la solidité ne le cède en rien à celle de certains plans aponévrotiques[1].

Nous avons déjà parlé de l'action des ligaments larges sur la situation de l'utérus, à l'occasion des déviations de cet organe[2], nous reviendrons sur quelques points de leur *physiologie* à propos de la stérilité et de la grossesse extra-utérine.

DES INFLAMMATIONS CIRCUM-UTÉRINES[3]

Nous décrirons, sous le nom *d'inflammations circum-utérines*, une série d'affections, variables par leur intensité, par leur siège, et par leurs manifestations cliniques. L'identité de la pathogénie de ces différentes formes d'inflammation, toujours à peu près semblable, nous a engagés à les réunir dans un même groupe. Déjà au siècle dernier et au commencement du nôtre, des chirurgiens et des accoucheurs avaient signalé des cas de ce genre. Ces observations, éparses dans différents recueils, furent considérées à un point de vue d'ensemble par Grisolle, dans son mémoire sur les abcès de la fosse iliaque[4]. Les recherches de M. Bourdon sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin[5], et les travaux de M. Nonat sur le phlegmon péri-utérin[6], montrèrent que la tuméfaction qu'on rencontre dans ces circonstances n'est pas inhérente à l'utérus. Pour M. Nonat, les tumeurs péri-

[1] Renaut, thèse de Poncet, *loc. cit.*, p. 135.

[2] Voyez page 475.

[3] Nous avons employé l'expression *circum-utérine* au lieu de *péri-utérine*, mot composé d'une préposition grecque et d'un substantif latin.

[4] Grisolle, *Archives générales de médecine*, 1839, et *Pathologie interne*, t. I, p. 598.

[5] Bourdon, *Revue médicale*, 1841.

[6] Nonat, *Gaz. des hôpit.*, 1850, et Martin, thèse de doctorat, 1851.

utérines consistaient toujours en une inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal qui entoure cet organe.

M. Bernutz ayant rencontré, dans quelques autopsies, des péritonites partielles, considéra toutes les inflammations péri-utérines comme des pelvi-péritonites[1]. M. Guéneau de Mussy[2], frappé de la plus grande fréquence du phlegmon du côté gauche chez la femme, rapprocha ce fait de la prédominance des déchirures du col du même côté dans l'accouchement, à cause des positions occipito-gauches, et l'expliqua par l'inflammation des lymphatiques. C'est, en effet, l'inflammation du système lymphatique qui paraît jouer le rôle prépondérant dans le groupe pathologique dont nous nous occupons en ce moment. La connaissance de ce fait, mis hors de doute par les travaux récents de MM. Lucas-Championnière, Siredey, Guérin et leurs élèves, amène un trait d'union entre les deux affections sur lesquelles on a si longtemps discuté, le phlegmon péri-utérin de M. Nonat et la pelvi-péritonite de M. Bernutz. L'inflammation ne se limite pas toujours à la paroi des lymphatiques ou des ganglions, et s'étend au tissu conjonctif ambiant.

Mais, si au point de vue originel et au point de vue de l'anatomie générale les deux affections paraissent identiques, il n'en est pas moins vrai que le processus inflammatoire tendra à gagner de proche en proche, soit le tissu cellulaire du ligament large, soit la cavité péritonéale, et donnera lieu, selon le cas, à un ensemble de symptômes morbides essentiellement différents et présentant des indications thérapeutiques également différentes. Enfin les deux variétés sont fréquemment associées entre elles.

[1] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 50.

[2] Guéneau de Mussy, *Arch. gén. de méd.*, et *Cliniques médicales*, t. II, p. 514.

D'après M. Lucas-Championnière, les lésions du col auraient plus de tendance à se propager vers le tissu conjonctif circum-utérin et les ligaments larges. Les lésions du corps, au contraire, tendraient à se diriger vers le péritoine[1]. Nous admettons également, avec cet auteur, que les petites tumeurs qu'on rencontre si fréquemment près de l'utérus sont dues à des modifications du tissu qui entoure les lymphatiques de cette région.

Nous croyons donc qu'au point de vue clinique, on doit décrire séparément la forme qui se complique le plus souvent de lésions péritonéales ou *pelvi-péritonite*, et celle qui prédomine au contraire vers le tissu conjonctif ou *phlegmon du ligament large*. Mathews Duncan[2] a proposé d'appeler *périmétrite* l'inflammation du péritoine qui entoure l'utérus et *paramétrite* l'inflammation du tissu cellulaire qui est en connexion avec cet organe[3]. Ces dénominations seraient bonnes, en ce sens qu'elles ne préjugent rien sur le siège précis des lésions, tout en permettant de différencier les deux variétés symptomatiques. Mais, sachant combien il est souvent nuisible de chercher à réformer le langage médical, nous avons cru préférable de conserver les anciennes expressions consacrées par une longue habitude.

Nous rappellerons d'abord brièvement la disposition du tissu conjonctif et du péritoine dans le petit bassin. Si on étudie une coupe verticale du bassin passant par les deux trompes et divisant l'utérus en deux moitiés égales, on voit que la cavité pelvienne est elle-même divisée en trois segments superposés (fig. 144).

1° Un enfoncement du péritoine doublant les culs-de-sac latéraux (fig. 144, A). 2° Au-dessous, un espace sous péri-

[1] Lucas-Championnière, *Arch. de tocologie*, t. II, p. 531.

[2] *A practical treatise on perimetritis and parametritis*, Edimburgh, 1869.

[3] Περί, autour, et μήτρα, matrice (et παρά, auprès).

tonéal formé à l'état normal par du tissu conjonctif lâche (fig. 144, B). Cet espace est limité en haut par la séreuse et en bas par le muscle releveur de l'anus, qui joue un si grand rôle dans l'appareil musculaire du plancher du bas-

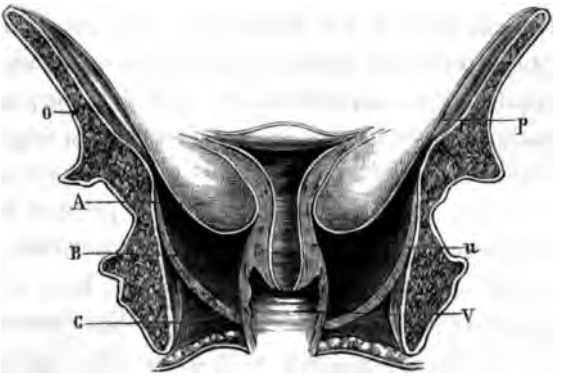


Fig. 144. — Coupe du bassin ne laissant que la moitié postérieure de l'utérus sectionné au niveau des trompes.

A. Enfoncement du péritoine doublant le cul-de sac latéral. — B. Espace sous-péritonéal formé par du tissu conjonctif lâche. — C. Espace conjonctif inférieur. — O. Coupe des os du bassin. — P. Péritoine. — U. Utérus. — V. Vagin.

sin. 3° Au-dessous du muscle releveur de l'anus, il existe un autre espace conjonctif (fig. 144, C), généralement très chargé de graisse, limité en haut par le muscle et en bas par la peau.

La connaissance exacte de ces rapports, jointe aux notions que nous possédons sur les lymphatiques de cette région, nous sera d'une grande utilité pour comprendre les symptômes locaux et la marche de ces diverses formes d'inflammation.

De la pelvipéritonite (périmétrite).

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on observe dans les cas de péritonite limitée à la région pelvienne, et inté-

ressant l'utérus et ses annexes, ne diffèrent pas des lésions de la péritonite en général. On voit, au début, une injection vasculaire considérable qui entraîne promptement une exsudation séreuse, dont le produit, transparent d'abord, se trouble consécutivement, par l'augmentation du nombre des éléments figurés. Les parties envahies par l'inflammation sont infiltrées et épaissies. En même temps se produit une prolifération conjonctive, qui amène la formation de néomembranes vasculaires. Ces néomembranes (fig. 145, M) font adhérer entre eux les différents organes contenus dans le petit bassin, organes dont les fonctions peuvent être considérablement troublées par ces rapports anormaux. On voit quelquefois les adhérences se résorber au bout d'un certain temps. Cette disparition a toujours lieu lentement, et souvent les traces de ces lésions persistent pendant toute la vie.

Quand la maladie est de date récente, les fausses membranes sont minces, d'une couleur blanchâtre ou jaunâtre, se laissant facilement déchirer. Plus tard elles deviennent épaisses, résistantes, formées de plusieurs couches. Leur coloration prend une teinte grise, d'un gris bleuâtre ou même noirâtre. A cette variété d'aspect des adhérences correspond une structure histologique également distincte. Au début de l'inflammation des séreuses on voit se produire, à la surface du liquide exsudé, des tractus formés de fibrine coagulée, contenant dans ses mailles un plus ou moins grand nombre d'éléments cellulaires. Ce sont là les *fausses membranes*. Plus tard ces fausses membranes sont remplacées par d'autres produits organisés, de nature conjonctive, contenant des vaisseaux. D'abord d'une structure embryonnaire, le tissu conjonctif qui constitue ces *néomembranes* devient de plus en plus fibreux, et finit par présenter la disposition histologique des fibromes à lames parallèles et à

cellules aplaties[1]. Souvent ce tissu nouveau s'infiltre de sels calcaires, qui déterminent des plaques dures ou ossiformes, plus ou moins régulières et étendues. Les expressions de fausses membranes ou de néomembranes ne sont donc pas synonymes l'une de l'autre, quoique la confusion ait été souvent faite.

Rarement disposés en un tout continu, ces produits forment de nombreux tractus limitant de véritables cavités. Ces lacunes kystiques contiennent une certaine quantité de

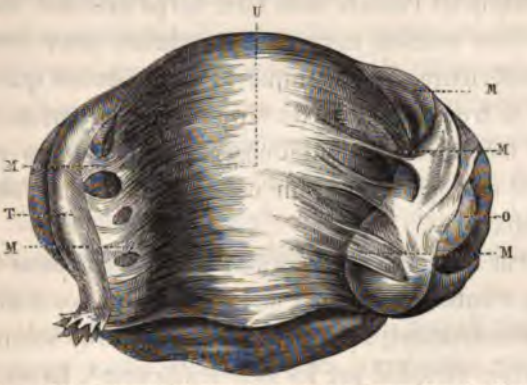


Fig. 145. — Adhérences multiples fixant l'ovaire et la trompe dans des directions anomales.

U. Utérus. — T. Trompe. — O. Ovaire. — M M. Néomembranes multiples.

sérosité citrine ou purulente, quelquefois du pus, qui, plus tard, pourra se faire jour à l'extérieur, comme nous le verrons en nous occupant de la symptomatologie. Elles peuvent acquérir dans certains cas des dimensions considérables et simuler alors tout à fait une hématocèle. A la longue, le liquide disparaît, et on ne trouve plus que des adhérences solides s'étendant aux anses intestinales, à l'utérus, et à ses annexes (fig. 145). L'ovaire, la trompe, subissent aussi des altérations. Cette dernière est souvent dilatée, son orifice

[1] Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 464.

oblitéré. Sous l'influence de cette distension, elle présente alors les caractères de l'hydropisie tubaire. L'ovaire est quelquefois entouré d'une véritable coque pseudo-membraneuse, adhérente seulement par place au tissu ovarien. L'organe peut s'atrophier, ou se transformer en une poche purulente. Le plus souvent, dans les cas anciens que nous avons examinés, le tissu ovarien paraissait normal, un peu épaissi seulement sur les points adhérents où l'épithélium de revêtement avait disparu. Sur les parties où la néomembrane entourait l'ovaire sans faire corps avec lui, on voyait l'épithélium ovarien normal se continuer pour revêtir sa partie inférieure. De façon que le tissu fibreux qui la constituait se trouvait séparé du stroma ovarien par une double rangée d'épithélium. Cette observation anatomo-pathologique est en rapport avec un certain nombre de faits expérimentaux [1].

L'utérus conserve sa situation, ou est dévié dans un sens ou dans l'autre, présentant des versions ou des flexions. Le plus ordinairement, cet organe est augmenté de volume. Il est quelquefois atrophié par les néomembranes [2]. La muqueuse utérine est rarement saine. On y observe presque toujours les lésions de la métrite interne chronique. Les couches externes du parenchyme utérin présentent également des modifications histologiques, consistant en une dégénérescence graisseuse des tissus et des faisceaux musculaires en particulier. Ces faits, signalés par Klob [3], peuvent être comparés aux dégénérescences du muscle cardiaque dans la péricardite. Enfin, si la maladie est de date récente, on rencontre fréquemment dans l'utérus, surtout dans le corps, des altérations des lymphatiques qui peuvent contenir du pus.

[1] Zielonko, *Schultze Archiv*, 1873.
[2] Aran, *loc. cit.*, p. 682.
[3] Klob,, *loc. cit.*, p. 397.

Nous avons déjà dit que les lésions des lymphatiques du corps donnent plus souvent lieu à la péritonite. Celles du col, au contraire, semblent plutôt liées à des inflammations du tissu cellulaire circum-utérin ou à des flegmons du ligament large.

Symptômes. — Les symptômes varient selon que l'affection est aiguë ou chronique.

Dans la *forme aiguë*, la malade est prise tout à coup d'une douleur abdominale vive, sans prodromes, si l'affection est traumatique ou consécutive à un accouchement ou à un avortement récent. D'autres fois, si elle est due à une lésion de l'utérus ou de ses annexes, le début est moins brusque et précédé pendant un temps plus ou moins long, quelques jours et même quelques mois, par des malaises divers, de la constipation ou de la diarrhée, des douleurs dans le bas ventre. Cette sorte de point de côté hypogastrique varie, presque pour chaque malade, d'étendue et d'intensité.

La douleur, ordinairement vive et bien caractérisée, peut être presque nulle dans certaines conditions exceptionnelles[1]. Quoique spontanée, elle est surtout exaspérée par la pression abdominale et plus encore par le toucher vaginal. Son maximum s'observe vers les parties inférieures de l'abdomen. C'est également dans cette région qu'on rencontre le ballonnement, soit exclusivement, soit d'une façon plus accusée que sur les autres points. Les sensations douloureuses s'irradient de l'hypogastre dans les territoires voisins, la vessie, le rectum, les lombes, quelquefois même les membres inférieurs. Ces phénomènes s'accompagnent d'envies fréquentes d'uriner, de dysurie, de ténesme vésical. Les malades ont la face pâle, anxieuse, exprimant la souf-

[1] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 204.

france à un très haut degré. Elles affectent de préférence le décubitus dorsal, ont les jambes fléchies, la tête assez élevée pour que le tronc soit un peu porté en avant. Du côté du tube digestif, on observe des nausées, plus rarement des vomissements. La soif est assez vive, la langue rouge et empâtée, l'inappétence absolue. Il existe, le plus souvent, une constipation opiniâtre[1], s'accompagnant de douleurs expulsives, de sensation d'un corps étranger. Lorsque l'inflammation qui a gagné le rectum est assez intense, on voit se produire des épreintes, suivies d'excrétions muqueuses semblables à celle de la dysenterie. Ces accidents peuvent être dus, ou à la pression de la tumeur inflammatoire sur la paroi rectale, ou à la propagation de la phlegmasie aux tuniques de l'intestin, d'où résulte l'expulsion d'une quantité plus considérable de mucus. L'écoulement menstruel est diminué ou supprimé, d'autres fois on observe des métrorrhagies. Dans les deux cas on voit également coexister une abondante sécrétion de liquide muco-purulent.

L'accélération du pouls notée dans ces circonstances, s'accompagnant d'une élévation de température, constitue le groupe symptomatique désigné sous le nom de fièvre.

L'intensité des phénomènes généraux diminue souvent avant que la tumeur se manifeste. Dans les premières phases, l'utérus est fixé, mais il y a plutôt de l'empâtement qu'une véritable tumeur, qui ne se produit habituellement que quelques jours après le début de l'affection. La néoplasie d'origine inflammatoire est séparée de l'utérus par un sillon, qui est d'autres fois difficile à percevoir. Dans ce dernier cas, c'est plutôt par la différence de consistance et d'élasticité, qu'on reconnaît qu'elle est

[1] Chez une malade de M. Guéneau de Mussy la constipation avait durée 42 jours, *loc. cit.*, t. II, p. 446.

indépendante de l'organe utérin. Elle forme une masse plus ou moins résistante, lisse et régulière, ou bosselée et inégale, adhérente, difficile à limiter, et faisant dans le cul-de-sac postérieur une saillie, chaude et douloureuse à la pression. Plus accessible par le vagin que par les parois abdominales dont elle est toujours à une certaine distance, la tumeur dépasse peu la ligne du pubis. Caractère important pour la différencier d'avec les lésions dues au phlegmon du ligament large. Ses dimensions varient de celles d'une amande à celles d'une tête de fœtus et même au delà. Le pouls vaginal, auquel on avait attaché une grande signification, peut se rencontrer dans plusieurs autres affections.

Les caractères cliniques de l'exsudat diffèrent selon son siége. S'il est situé en arrière, il détermine dans le cul-de-sac postérieur la saillie dont nous venons de décrire les traits les plus importants. Mais, s'il est au contraire dans le cul-de-sac antérieur, on ne sent aucune tumeur circonscrite et arrondie, mais plutôt une tension très notable. La disposition serrée du tissu qui unit la paroi vaginale et une portion du col utérin à la vessie explique cette différence.

Outre ces divers signes, le toucher permet de constater que le vagin est chaud, l'utérus fixé, immobile, présentant des déviations variées. Le toucher rectal vient confirmer tous ces caractères. Mais ce mode d'exploration est encore plus douloureux que le toucher vaginal, et, dans la majorité des cas, on n'est pas forcé d'y avoir recours. A plus forte raison doit-on éviter l'introduction du speculum.

Après une première amélioration, on voit se produire des recrudescences, de véritables poussées nouvelles. Chacune de ces recrudescences, plus ou moins nombreuses, aggrave l'état général des malades. Les métrorrhagies, d'ailleurs assez fréquentes, diffèrent selon les périodes où elles se montrent, et sont souvent le signe de métrite interne con-

comitante. Dans la période d'acuïté, on voit des hémorrhagies se produire sans s'accompagner de douleurs; dans beaucoup de cas, même, elles amènent du soulagement, au lieu que dans les périodes tardives elles aggravent les phénomènes douloureux [1].

La périmétrite aiguë présente les trois périodes qu'on rencontre dans toutes les phlegmasies : période d'augment, période d'état et période de déclin. Elle peut se terminer par *résolution*, par *suppuration*, ou passer à l'*état chronique*. Dans le premier cas les phénomènes diminuent et s'amendent peu à peu, la tumeur se rétracte et finit par disparaître. Cette terminaison, la plus rare de toutes, d'une durée variable selon les sujets, peut s'obtenir au bout de 3 à 6 semaines.

La suppuration, assez rare en dehors de puerpéralité, se produit vers le douzième ou le quinzième jour. Elle s'annonce par des troubles généraux et une aggravation de tous les symptômes. Les malades, dont l'état semblait d'abord s'améliorer, ne dorment plus, perdent l'appétit, maigrissent rapidement. Elles éprouvent, en outre, des frissons erratiques, présentent de la fièvre, des sueurs nocturnes, des vomissements. La tumeur est le siège de douleurs lancinantes. Sa consistance devient plus empâtée, plus molle, quelquefois même presque fluctuante. Le pus, une fois formé, peut encore se résorber, s'il est en petite quantité, ou s'enkyster et durer ainsi longtemps. Le plus souvent, la collection purulente se fait jour dans les organes voisins, surtout dans le rectum et le vagin. L'élimination se produit plus ou moins lentement. Chez certaines malades, elle se fait à plusieurs reprises, après des intervalles variables, soit par un même pertuis, soit sur des points multiples. D'autres fois l'abcès

[1] D'après Aran (p. 696), les métrorrhagies seraient loin d'être aussi communes que le dit M. Bernutz.

s'ouvre dans la grande cavité péritonéale. Dans ce dernier cas, il se développe ordinairement une péritonite généralisée, entraînant en peu de temps la mort. Si, au contraire, le pus est évacué par le rectum ou le vagin, la guérison en est souvent la conséquence. Cependant, quelquefois les malades succombent sous l'influence de l'infection purulente ou de l'infection putride, ou par l'action seule de la suppuration, amenant une fièvre hectique, un affaiblissement progressif de l'organisme et la mort, par les lésions de dégénérescence amyloïde signalées depuis longtemps comme conséquence des suppurations prolongées. Un certain degré de rémission se produit parfois, dès que le pus est collecté, ou seulement après son évacuation.

La périmétrite peut revêtir la *forme chronique*, après avoir présenté une période aiguë, ou être chronique d'emblée, et offrir alors un début plus ou moins latent. Cependant il est rare de ne pas retrouver quelques phénomènes d'acuïté dans les commémoratifs.

Certains auteurs ont décrit une forme de pelvipéritonite tuberculeuse. Dans ces cas, la diathèse tuberculeuse acquiert une si grande importance, qu'elle laisse au second plan la pelvipéritonite et les accidents qu'elle entraîne. Nous ne croyons donc pas qu'il y ait lieu de décrire séparément une forme tuberculeuse. D'autres fois les malades présentent un ensemble de symptômes qui simulent la phthisie pulmonaire : toux sèche, sueurs nocturnes profuses, fièvre à caractère hectique avec redoublement vespéral ; et malgré tout cet ensemble le poumon est indemne et l'affection guérit. Ces faits sont souvent d'autant plus embarrassants à interpréter, que d'un autre côté, chez les femmes prédisposées, l'inflammation péritonéale peut très bien être le point de départ, la cause occasionnelle, d'une tuberculisation.

La pelvipéritonite chronique est sujette à ces exacerba-

tions, à ces véritables récidives, que nous avons déjà signalées dans la forme aiguë. C'est surtout au moment de la période menstruelle qu'on les observe, ou dans l'intervalle, sous l'influence d'une fatigue quelconque. Les symptômes de ces récidives sont en général beaucoup moins accusés que ceux qui accompagnent la première atteinte. On comprend, en effet, que les fausses membranes nombreuses qui occupent le péritoine tendent à circonscrire le champ où se développe l'inflammation. Cependant, dans d'autres circonstances, le retour des phénomènes réactionnels acquiert une assez grande intensité, pour faire craindre une péritonite généralisée. Le plus souvent, malgré ces apparences effrayantes, tout disparaît de nouveau après une durée de 3 à 8 jours, pour se reproduire au bout d'un mois, de trois mois, d'un an et quelquefois même jusqu'à la ménopause. D'où le précepte si important à suivre, de surveiller les malades pendant longtemps après une première atteinte, et de ne les considérer comme guéries, que quand une ou plusieurs époques menstruelles se seront passées sans accidents.

Les brides fibreuses qui entourent l'intestin peuvent rétrécir son diamètre et donner lieu à de l'engouement intestinal. Cette gêne dans la circulation des matières se manifeste par une constipation prolongée, ou une intermittence de constipation et de diarrhée. Dans d'autres cas, les malades sont prises de douleurs violentes et de tout un appareil symptomatique grave en apparence, qui s'évanouit presque instantanément après l'évacuation amenée par un purgatif. La terminaison n'est pas toujours aussi favorable, et on a observé des cas d'étranglement interne, consécutifs à des brides péritonéales.

Les femmes atteintes de périmétrite chronique ont ordinairement la face pâle, terne, amaigrie. Les yeux sont sans

expression, la peau sèche, quelquefois un peu chaude vers le soir. Le pouls est faible, petit, serré, mais assez fréquent. Les malades se plaignent, en outre, d'être oppressées, d'avoir des palpitations à la suite de la moindre marche. L'appétit fait défaut, les digestions sont difficiles, avec renvois acides, quelquefois accompagnées de vomissements alimentaires. Si à ces manifestations diverses viennent se joindre une céphalalgie persistante, des névralgies disséminées et des troubles hystériformes, on voit que tout cet ensemble pourrait aussi bien faire croire à une dyspepsie, ou à une chlorose, qu'à une inflammation circum-utérine. Mais les commémoratifs et un examen méthodique feront facilement reconnaître la véritable nature des accidents. Les rapprochements sexuels sont en général douloureux. On rencontre également, comme complication, de la phlegmasia alba dolens, ou un peu d'œdème des membres inférieurs.

Dans la forme chronique, comme dans la forme aiguë, les règles diminuent ou se suppriment. D'autres fois, mais plus rarement, elles deviennent ménorrhagiques. Dans l'intervalle, on observe un écoulement muco-purulent souvent très abondant, qui pourrait faire passer inaperçue l'ouverture d'un abcès.

Après une durée plus ou moins longue, la pelvipéritonite chronique peut guérir et laisser pendant longtemps après elle une tumeur presque ligneuse. Ou bien les malades succombent aux progrès de l'affaiblissement général, de l'hecticité, ou consécutivement à des lésions tuberculeuses.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pelvipéritonite est ordinairement facile. A la période d'acuïté, la douleur localisée à la partie inférieure de l'abdomen, s'exaspérant sous l'influence de la pression et plus encore du toucher, ne peut guère laisser de doute. L'immobilisation de l'utérus, et au bout de peu de jours l'existence d'une tumeur douloureuse,

constituent des signes presque spécifiques. Nous nous sommes suffisamment étendus sur ses caractères pour n'avoir pas à y revenir ici.

Dans des périodes plus avancées, les indurations résultant de la périmétrite peuvent perdre de leur sensibilité et être alors confondues avec des tumeurs stercorales, des kystes de l'ovaire peu développés, un corps fibreux, une rétroflexion. Pour la tumeur stercorale, un purgatif tranchera la question. Nous avons parlé des moyens de différencier la pelvipéritonite d'avec les corps fibreux et les déviations, en décrivant ces affections. Dans presque tous les cas, du reste, la consistance de la tumeur suffit pour nous renseigner. Celle qui résulte de périmétrites anciennes acquiert une dureté qu'on n'observe guère pour les corps fibreux, les kystes, ou le fond de l'utérus fléchi.

On peut confondre la pelvipéritonite à exsudat abondant avec l'hématocèle. Nous reviendrons sur ce diagnostic, à propos de cette dernière affection. Nous passerons également en revue, au chapitre du phlegmon du ligament large, les signes à rechercher, afin de savoir si la collection purulente est extra ou intra-péritonéale. Son éloignement des parois abdominales est un caractère important, pour distinguer la pelvipéritonite du phlegmon du ligament large, qui paraît beaucoup plus rapproché de ces parois.

Certaines douleurs névralgiques pourraient être confondues avec celles qui résultent d'inflammations anciennes. Le siège exact des points douloureux et la mobilité de l'utérus serviront à les différencier. Nous en dirons autant pour l'*ovarie des hystériques*. Comme moyen de contrôle, dans ce dernier cas, on devrait avoir recours à l'application d'un aimant du côté douloureux. Sous son influence, les phénomènes hyperesthésiques de nature hystérique disparaîtraient, tandis qu'il n'aurait aucune action sur ceux dus

aux restes d'une phlegmasie. Des névralgies pelviennes, lombo-abdominales, tantôt continues, tantôt intermittentes, persistent, chez quelques malades, très longtemps après la disparition de tout symptôme aigu. L'absence de fièvre empêche de confondre cette variété de phénomènes douloureux avec ceux qui seraient dus à une nouvelle poussée inflammatoire. Souvent aussi, on met sur le compte d'une déviation, ce qui ne résulte que d'une ancienne phlegmasie circum-utérine.

Pronostic. — La pelvipéritonite est une des affections qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique gynécologique. La lenteur que mettent à s'effacer les stygmates de la maladie est cause du grand nombre de cas où on peut constater leur présence. Sur 53 femmes autopsiées par Aran, dans un intervalle de 18 mois, 29, c'est-à-dire plus de la moitié, présentaient des adhérences [1]. Son pronostic n'est pas très grave relativement à sa fréquence. En effet, elle amène rarement la mort par elle-même. Pour beaucoup d'auteurs elle serait la cause occasionnelle de manifestations tuberculeuses [2].

Sa durée varie de quelques semaines à plusieurs années. Son issue n'est cependant pas toujours heureuse, et elle peut avoir une terminaison fatale sous l'influence de différents processus. Quelquefois la mort survient dans la période aiguë, par généralisation de l'inflammation à toute la cavité péritonéale. Les femmes sont exposées à ce danger, même dans les formes chroniques, sous l'influence d'une de ces poussées nouvelles, sur lesquelles nous avons insisté à propos de la symptomatologie. Mais c'est là un accident rare.

La terminaison par suppuration est moins commune qu'on

[1] Aran, *loc. cit.*, p. 718.
[2] Aran, *loc. cit.*, p. 716.

ne le croit habituellement. D'après West, elle aurait lieu dans la moitié des cas. Cette proportion paraît exagérée, si on s'en rapporte à la plupart des statistiques des autres auteurs, qui ne l'ont rencontrée que pour un septième ou un dixième des malades observées par eux. Quand le pus se fait jour à l'extérieur, le pronostic est souvent favorable. Lorsque la collection purulente se vide dans la grande cavité péritonéale, la mort est ordinairemeut causée par une péritonite suraiguë. Cette terminaison, dont la possibilité doit être mise en ligne de compte, est cependant peu fréquente.

En outre, la suppuration prolongée peut présenter, à elle seule, les dangers que nous avons signalés. Nous rappellerons aussi que l'étranglement intestinal causé par la pelvipéritonite est susceptible d'entraîner la mort.

Même dans les cas les plus heureux, ces inflammations laissent pendant longtemps des traces de leur passage. Les malades conservent certains troubles. Souvent, durant toute la vie, on rencontre de petites tumeurs arrondies solitaires, ou bien au nombre de deux ou trois, présentant le volume d'un gros pois, d'une bille ou d'une cerise. Semblant adhérer dans certains cas à la face latérale ou postérieure de l'utérus, elles sont d'autres fois parfaitement détachées de l'organe et situées dans l'épaisseur du ligament large.

Ces petites tumeurs, si bien décrites par Aran[1] et sur l'origine desquelles cet auteur avait émis, avec la plus grande réserve, l'hypothèse de névromes, représentent probablement des ganglions lymphatiques indurés. Cette interprétation nous paraît tout à fait en rapport avec les faits connus aujourd'hui sur la lymphadénite utérine, faits sur lesquels nous reviendrons à propos du phlegmon du liga-

[1] Aran, *loc. cit.*, p. 706.

ment large. Les adhérences peuvent donner lieu à des hémorrhagies, et ainsi à des hématocèles, comme nous le verrons quand nous nous occuperons de cette affection.

Enfin la périmétrite est une cause fréquente, quoique non absolue, de stérilité, par oblitération des conduits tubaires ou fixation des ovaires ou des trompes dans des rapports incompatibles avec la fécondation. Si la grossesse survient dans ces conditions, ses débuts sont souvent difficiles et douloureux jusque vers le quatrième mois. Ou bien un avortement se produit dans ses premières périodes. Mais la gestation peut également, quand elle atteint son terme, amener une guérison radicale, en faisant disparaître d'anciennes adhérences et rendant sa mobilité à l'utérus.

Quelques auteurs admettent l'existence de paralysies consécutives à la pelvipéritonite, et expliquent ces accidents par une propagation de l'inflammation à la gaîne des nerfs, peut-être de là aux enveloppes de la moelle[1]. Nous rappellerons aussi l'importance qu'on a attribuée avec raison à la périmétrite, relativement à l'étiologie de la tuberculose.

En ce qui concerne le pronostic, on doit toujours avoir présent à l'esprit la possibilité et même la fréquence des guérisons, malgré des phénomènes en apparence très graves. Tous les praticiens ont assisté plus ou moins souvent à de véritables résurrections dans des cas de ce genre.

Étiologie. — C'est principalement de 20 à 30 ans, quand les femmes sont dans toute l'activité de la vie sexuelle, qu'on observe la pelvipéritonite. Elle ne se rencontre presque jamais après la ménopause. Les causes qui l'amènent sont nombreuses. En première ligne, vient l'accouchement à terme ou avant terme, qui en est le point de départ dans

[1] Peter, *Gaz. des hôpit.*, 1872, n° 10.

plus de la moitié des cas. Surtout l'avortement mal soigné, et l'inobservance du repos au lit dans ces conditions.

Souvent elle est consécutive à une affection de l'utérus ou des annexes. Le rôle attribué par certains auteurs, il y a quelques années, à la trompe et à l'ovaire comme cause étiologique, est très exagéré, et se ressent des théories régnantes à cette époque sur la prépondérance de l'ovaire dans les affections génitales. Les troubles de la menstruation ont également été invoqués, et expliquent les faits de ce genre observés chez des femmes vierges. Ce sont, tantôt des irrégularités menstruelles ou une suppression brusque des règles; tantôt des accidents dysménorrhéiques ou de véritables ménorrhagies. Mais, dans la plupart de ces cas, si on interroge les malades avec soin, on retrouve dans leurs antécédents des accidents du côté des organes génitaux, si bien que le plus grand nombre des pelvipéritonites par soi-disant troubles menstruels, nous semble devoir être rapporté à la métrite.

La blennorrhagie a été considérée comme une des causes les plus communes de pelvipéritonite. D'après M. Bernutz elle occuperait la première place après les influences puerpérales (29 pour 100). D'après West et Aran, cette proportion serait beaucoup moindre et de 1 à 2 pour 100 seulement. Nœggerath[1], exagérant encore cette fréquence, fait jouer à la blennorrhagie le rôle prépondérant dans la périmétrite. Pour expliquer cette étiologie, on a assimilé la trompe à l'épididyme, et l'ovaire au testicule, on a même désigné la pelvipéritonite sous le nom d'orchite féminine. Nous savons, aujourd'hui, que la trompe provient du canal de Müller et n'a rien à faire avec l'épididyme, ni par son origine, ni par sa structure. Nous en dirons autant pour ce

[1] Noeggerath, *Die latente Gonorrhoe im. weibl. Geschl.*, Bonn, 1872.

qui concerne l'ovaire et le testicule. Sous l'influence de ces idées, on croyait que quand la blennorrhagie amenait une pelvipéritonite, c'était toujours par continuité de tissu que la maladie se propageait. Aran, tout en adoptant cette manière de voir, a cependant publié les observations de femmes ayant succombé à une pelvipéritonite développée dans ces conditions, la cavité utérine étant seule atteinte, et les trompes ayant conservé leur intégrité. Il est donc probable que la blennorrhagie cause surtout la pelvipéritonite, consécutivement à sa propagation dans la cavité utérine. C'est encore ici la métrite, d'une origine particulière il est vrai, qui joue le rôle principal.

La plupart des faits observés sont favorables à cette idée, puisque les accidents péritonéaux se développent, le plus souvent, vers le trentième jour et jamais avant le huitième du début de l'affection spécifique. Les femmes ainsi contaminées présentent fréquemment des douleurs abdominales et des points sensibles à la pression, sans qu'on constate aucune tumeur ni fixation de l'utérus. Ces symptômes sont peut-être du même ordre que ceux qui se rencontrent, avec un égal degré d'innocuité, chez un grand nombre d'accouchées, et qu'on a attribués avec raison, croyons-nous, à une lymphangite légère.

Tous les néoplasmes siégeant dans le petit bassin, corps fibreux, kystes de l'ovaire, cancer, tubercules, les déviations utérines, peuvent être le point de départ de la pelvipéritonite. Les opérations pratiquées sur les organes génitaux, les excès sexuels surtout pendant les règles, l'introduction d'un hystromètre, d'un pessaire intra-utérin, une douche sur le col, ont pu suffire également pour la produire. Dans les cas où une cause aussi légère qu'une douche ou un simple toucher entraînent des accidents de ce genre, on est en droit de se demander s'il n'y avait pas eu déjà

auparavant quelques premières atteintes de la maladie. Aussi ne peut-on apporter trop de prudence dans son mode d'intervention, quand on suppose l'existence d'une pelvipéritonite ancienne, que le moindre traumatisme peut réveiller. On ne doit jamais pratiquer aucune opération, même une cautérisation du col utérin, sans chercher à s'assurer auparavant de la mobilité de l'organe et par là de l'intégrité du péritoine. La métrite se complique souvent de pelvipéritonite, nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons déjà dit à ce sujet [1].

Nous terminerons cette étiologie en citant les chiffres de la statistique de M. Bernutz [2]. Les 99 cas observés par lui se divisent ainsi :

43 pelvipéritonites puerpérales, dont	35 accouchements.	
	8 avortements.	
28 blennorrhagiques.		
20 menstruelles.		
8 désignées sous le nom de traumatiques, dont	3 excès vénériens.	
	2 chancres du col.	
	2 introductions de l'hystéromètre dans la cavité utérine.	
	1 douche sur le col.	

Traitement. — Le traitement varie selon l'intensité de la maladie, selon sa forme, et selon la phase où elle est arrivée. A la période d'acuité, on aura recours à l'application de 12 à 15 sangsues sur l'abdomen. On est souvent obligé de réitérer ces applications. Les saignées locales obtenues directement sur le col pourraient avoir encore plus d'utilité. Mais l'introduction du speculum, nécessaire pour les pratiquer, est très douloureuse dans ces cas, et présente des inconvénients qui doivent y faire renoncer. On associera aux émissions sanguines, l'usage de l'opium sous forme de 1 centigramme d'extrait thébaïque toutes les heures, jusqu'à

[1] Voyez page 518.
[2] *Loc. cit.*, t. II, p. 101.

production du calme et du sommeil[1]. Le calomel à doses fractionnées (20 centigrammes en 10 paquets d'heure en heure), uni à un peu de chlorhydrate de morphine, peut être utilement employé. En outre, on se trouve bien des onctions sur le ventre avec l'onguent mercuriel belladoné, ou un des liniments que nous avons formulés (p. 322), ou de l'application d'une couche de collodion riciné. Les cataplasmes, des injections tièdes et surtout des bains tièdes, seront d'utiles adjuvants. Les lavements sont également indiqués. Quand la tumeur comprime le rectum, il faut employer une canule en caoutchouc très longue, pour porter le liquide au-dessus du point comprimé.

Lorsque les phénomènes douloureux sont calmés, il reste l'indication de tâcher d'agir sur les produits organisés. Pour cela, on emploie les saignées locales sur le col, sangsues ou scarifications. Les scarifications ont été repoussées par beaucoup de praticiens. On a cité des cas de mort consécutifs à des scarifications. Mais on a vu des cas de mort succéder également à l'application des sangsues, et même à un simple toucher, ce qui ne nous fait pas renoncer, cependant, à ce mode d'exploration. Beaucoup de gynécologistes préfèrent, dans ces conditions, les sangsues aux scarifications, auxquelles on a reproché de ne pas donner une quantité suffisante de sang. Outre les émissions sanguines, on a souvent recours aux vésicatoires volants appliqués sur l'abdomen.

C'est à cette période que l'usage des médicaments dits résolutifs a été conseillé. On les ordonne sous forme de frictions avec la pommade iodée (4 grammes d'iodure de potassium pour 30 grammes d'axonge), ou en introduisant tous les jours dans le vagin des boulettes de charpie imbibées d'une solution d'iodure de potassium au dixième. On

[1] Aran conseille d'aller jusqu'à 20 et 30 centigrammes d'extrait thébaïque dans les 24 heures. (*Loc. cit.*, p. 734.)

fait également prendre à l'intérieur du mercure, ou mieux de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Il faut toujours, quand on institue cette médication interne, surveiller attentivement l'état de l'estomac et cesser dès qu'on observe des troubles gastriques. On doit, en outre, chercher à agir sur la santé générale au moyen d'une nourriture substantielle, de l'usage du fer et du quinquina, et avant tout de l'hydrothérapie sous toutes ses formes, qui nous rend journellement de très grands services. Plus tard, quand toute douleur a disparu, il faut avoir recours aux bains alcalins (100 ou 150 grammes de carbonate de soude et 20 grammes d'iodure de potassium pour chaque bain). Certaines eaux minérales alcalines ou chlorurées sodiques, Plombières, Ems, Saint-Sauveur, seront utilisées, mais à la condition d'être employées avec beaucoup de prudence, et administrées surtout en bains et en douches générales. Il faut se méfier des actions locales, et de l'injection interne en trop grande abondance, de peur de réveiller des accidents plutôt assoupis que disparus. Deux symptômes, le vomissement et le ballonnement du ventre, peuvent présenter des indications spéciales. Pour lutter contre le premier de ces phénomènes pathologiques, il faut suspendre complètement les boissons et les remplacer par de petits morceaux de glace donnés de temps en temps pour calmer la soif. On y associera l'application sur la région épigastrique d'un vésicatoire, grand comme une pièce de 2 francs, pansé matin et soir avec 1 centigramme de morphine. La potion de Rivière est encore un moyen à tenter. Le ballonnement cède quelquefois à des cataplasmes arrosés d'huile saturée de camphre. Ou, ce qui est mieux encore, à des cataplasmes froids contenant de la glace en morceaux, ou à de la glace dans une vessie, avec les précautions que nous avons indiquées (page 322).

De temps en temps, les femmes anciennement atteintes de pelvipéritonites sont prises de douleurs, sans qu'il y ait pour cela aucune nouvelle poussée. Contre ces phénomènes douloureux, l'emploi des pansements laudanisés est d'un excellent usage[1].

La question de traitement, la plus difficile à résoudre, si on s'en rapporte aux opinions des différents auteurs, est relative à l'intervention chirurgicale. Presque tous ceux qui ont conseillé l'ouverture artificielle ont confondu dans leurs descriptions, la pelvipéritonite et le phlegmon du ligament large. En général, pour les collections purulentes dépendant d'une pelvipéritonite, il vaut mieux laisser agir la nature.

Des phénomènes particuliers, tels que sueurs abondantes, frissons répétés, fièvre hectique, amaigrissement exagéré, pourraient autoriser à donner issue au pus, surtout si la tumeur faisait saillie dans le vagin. Mais ce sont plutôt les inflammations du tissu cellulaire qui amènent ces accidents, et nous verrons que, dans ces cas, l'intervention est la règle dès qu'on perçoit la fluctuation. Tandis que, presque toujours, dans les phlegmasies péritonéales, il est préférable de laisser le pus s'évacuer spontanément. Nous avons dit que le retour des règles à leur état physiologique était le meilleur indice d'une guérison définitive. Aussi a-t-on cherché à agir sur cette fonction dans les cas d'aménorrhée persistante, ou de menstruation insuffisante ou douloureuse, soit au moyen de sinapismes, soit à l'aide de différentes substances dites emménagogues. Ces agents thérapeutiques sont quelquefois dangereux, et le meilleur procédé, si on voulait diriger son traitement dans ce sens, serait

[1] En versant au fond du speculum une certaine quantité de teinture d'opium ou de laudanum, et ajoutant ensuite quelques cuillerées d'amidon en poudre, on obtient un magma qu'il suffit de maintenir avec un tampon d'ouate.

l'application, pendant deux ou trois jours consécutifs, de deux sangsues à la face interne des cuisses.

Enfin, même longtemps après la disparition de toute manifestation morbide, les malades agiront prudemment en gardant le repos horizontal lors des époques menstruelles, et en usant de précautions pendant plusieurs années. La ceinture hypogastrique est appelée à rendre des services dans les cas de ce genre, en immobilisant les parois abdominales, et, par leur intermédiaire, les viscères contenus dans la cavité pelvienne.

Phlegmon du ligament large (paramétrite).

Nous avons vu que la pelvipéritonite et le phlegmon du ligament large ont une pathogénie à peu près identique, quoique leurs symptômes et leur marche diffèrent notablement. Le rôle primordial que joue l'inflammation des lymphatiques dans les deux affections a été mis hors de doute par une série de travaux récents. Un élève de M. Siredey, M. le docteur Auger, a même proposé de substituer à la dénomination de phlegmon du ligament large, celle *de lymphadénite périutérine*. Malgré le titre de sa thèse, M. Auger n'a pas voulu faire des lymphadénites de tous les phlegmons qu'on rencontre dans le tissu cellulaire du ligament large[1]. Il s'est contenté de faire ressortir, par une série d'observations détaillées, l'importance de la lymphadénite dans la pathogénie de ces divers processus morbides. Nous avons vu également, à propos des lymphatiques utérins, que ceux qui partent du col s'anastomosent et augmentent de volume en pénétrant dans le tissu cellulaire des ligaments larges, où ils rencontrent un ou plusieurs ganglions, dont l'exis-

[1] Auger, *De la lymphadénite périutérine* (thèse de doctorat, p. 39 ; Paris, 1876.)

tence ne serait pas constante. (M. Lucas Championnière insiste sur la présence d'un ganglion situé sur le côté et en arrière du col). Les lymphatiques du corps de l'utérus se réunissent au niveau de ses bords, vers les angles supérieurs, et après avoir reçu les vaisseaux qui viennent des trompes et des ovaires, gagnent les ganglions lombaires moyens et supérieurs[1]. Il résulte de cette disposition, que les lymphatiques du col gagnent la profondeur du ligament large et arrivent aux ganglions situés sur les parois du petit bassin. Tandis que ceux du corps sont situés plus superficiellement, immédiatement au-dessous du péritoine et se rendent aux ganglions lombaires[2]. Cette structure anatomique nous permet de comprendre pourquoi les lésions du col donnent plus souvent lieu au phlegmon et celles du corps à la pelvipéritonite.

D'après M. Lucas Championnière, les lymphangites bénignes sont très fréquentes, surtout à la suite des couches.

En effet, souvent on observe, dans ces conditions, des points douloureux aux angles de l'utérus ou dans les culs-de-sac, points douloureux qui disparaissent au bout de quelques jours sans avoir donné lieu à d'autres symptômes, et qui sont très probablement dûs à une lymphangite bénigne. A propos des accidents légers observés après l'accouchement, nous devons dire quelques mots, accessoirement, des phénomènes graves consécutifs à la parturition, que beau-

[1] Sappey, *Traité d'anatomie*, t. IV, p. 715.

[2] Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la présence de ganglions dans l'épaisseur du ligament large. M. Lucas Championnière les admet, tout en rappelant que leur nombre et leur situation est variable. Cruveilhier a signalé l'existence constante d'un ganglion propre aux organes génitaux de la femme, situé à l'orifice interne du canal ovalaire. Fioupe et Auger n'ont pas constaté la présence de ceux décrits par Lucas Championnière autour des vaisseaux utéro-ovariens. Fioupe dit en avoir toujours rencontré de très apparents dans les ligaments larges de la vache et de la truie. (Voyez Auger, *loc. cit.*, p. 37, et Fioupe, *Lymphatisme utérin*, etc., thèse de doctorat, Paris, 1876, p. 19.)

coup d'auteurs ont réuni sous le nom de *fièvre puerpérale*.

Ce n'est pas que nous voulions traiter cette grosse question de la fièvre puerpérale, dont tant de points sont encore si obscurs, et dont l'histoire est mieux placée dans les traités d'accouchement, tout en tenant par un côté au sujet qui nous occupe.

L'importance des lésions du système lymphatique dans les accidents graves des accouchées, a été surtout mise en relief ces temps derniers, par les travaux de MM. Siredey, Guéneau de Mussy, Guérin et Lucas Championnière[1]. Quelques grandes que soient les conséquences des lésions lymphatiques ou veineuses, on ne peut pas les considérer comme la cause unique de tous ces phénomènes morbides. La lymphangite ou la phlébite sont les gros faits constatables à l'autopsie, mais ce qui les domine au point de vue de la gravité, c'est cette gravité elle-même. Malgré de nombreuses recherches, nous ne connaissons pas, jusqu'à présent, la nature du poison puerpéral[2]. Cependant, les effets de la maladie nous autorisent à penser que, dans ces circonstances, la lymphangite et la phlébite sont dominées par la cause qui leur a donné naissance.

Qu'on nous permette à ce sujet une comparaison. On se pique le doigt avec un instrument rouillé ou une plume chargée d'encre. Au bout de peu de jours, on voit se produire quelques légères traînées rougeâtres sur la main et l'avant-bras, et tout disparaît bientôt. Ou bien, à la suite de ces traînées rougeâtres, les ganglions axillaires se tuméfient,

[1] Voyez Siredey, *Annales de gyn.*, 1875, et l'article « Péritonite » du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. — Lucas Championnière, *loc. cit.* — Guéneau de Mussy, *loc. cit.* — A. Guérin, *France médicale* et *Gazette hebdomadaire*, 1876.

[2] Voyez à ce sujet les dernières communications de M. Pasteur à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences, 1879.

deviennent douloureux, et après un temps généralement court, tout rentre également dans l'ordre.

Dans un autre cas, on se pique avec un scalpel chargé de matières putrides, en faisant par exemple l'autopsie d'une femme ayant succombé à une péritonite puerpérale. Après une période de peu de durée, on est pris de frissons, de fièvre. Des traînées rougeâtres et un gonflement ganglionnaire se produisent comme dans le cas précédent. Mais au lieu de disparaître en quelques jours, ici, au contraire, les accidents s'aggravent, les ganglions suppurent, et la vie elle-même, souvent menacée, peut ne pas résister à l'invasion de la maladie et la mort en être la conséquence.

Dira-t-on, dans ces cas-là, qu'il y a une lymphangite? certainement. Mais il y a une lymphangite spéciale, au point de vue de sa cause, qui rend d'une gravité extrême une affection en général essentiellement bénigne. Également dans le charbon, on observe des lymphangites et des adénites. Néanmoins ces lésions ne sont rien par elles-même, et ne font que témoigner du passage du virus charbonneux. Il en est ainsi dans les accidents graves des femmes en couches. Incontestablement il y a des lésions lymphatiques et veineuses, mais il y a, en outre, un poison dont la nature est inconnue jusqu'à présent, mais qu'il nous paraît cependant impossible de ne pas admettre. Après cette courte digression, nous ne pousserons pas plus loin l'étude de ces inflammations graves, pour revenir à celle des phlegmasies à marche lente, se terminant assez souvent par la guérison, et qui peuvent, en outre, se développer, en dehors de la puerpéralité.

Anatomie pathologique. — Dans le plus grand nombre des cas, le phlegmon du ligament large se complique de pelvi-péritonite. Il est, cependant, démontré aujourd'hui par d'assez nombreuses autopsies, que les lésions peuvent siéger

uniquement sur le péritoine (pelvipéritonite) ou dans le tissu conjonctif sous-péritonéal (phlegmon). Virchow[1] a étudié la marche de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal dans les cas de paramétrite. Il a vu que cette inflammation rayonne d'un point à un autre d'une façon irrégulière, qu'il a comparée au processus de certains érysipèles ambulants. Les tissus, d'abord hyperémiés, présentent bientôt une opacité appréciable à l'œil nu, se rapprochant de ce qu'on observe dans la cornée, au début de l'inflammation de cette membrane. Cette opacité est due à l'infiltration d'un liquide séreux. Dans la période d'acuité, son abondance est telle, qu'on constate au bout de peu de jours l'existence d'une tuméfaction considérable. On a pu, dans certains cas, observer toutes les phases du développement de ces tumeurs souvent caractéristiques de l'affection.

Si on pratique la nécropsie d'une femme morte au début d'un de ces phlegmons, on trouve des îlots inflammatoires isolés, et n'ayant aucune communication apparente les uns avec les autres. Ces lésions peuvent se produire primitivement dans le tissu conjonctif sous-muqueux de l'utérus, et s'irradier, plus ou moins vite, dans les parois du vagin, dans le ligament large, ou même la fosse iliaque et la région rénale. L'exsudation s'observe rarement entre l'utérus et la vessie.

Au bout de deux ou trois semaines, si la résorption ne se produit pas et que la maladie continue sa marche, la sérosité est remplacée par du pus, qui forme alors de véritables abcès sous-péritonéaux. La plupart du temps, à l'autopsie, les altérations sont tellement complexes et tellement avancées, qu'il est impossible de savoir quels ont été les points premièrement envahis. Il est même souvent difficile de séparer

[1] *Archiv. für pathologische Anatomie*, t. XXIII, p. 418.

celles de la séreuse, de celles du tissu conjonctif sous-jacent.

Nous nous sommes suffisamment étendus sur les lésions des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, à propos des généralités, pour n'avoir pas à y revenir ici. La plupart des sujets chez lesquels on a trouvé du pus dans les lymphaphatiques, étaient des femmes mortes à la suite de couches. Dans un cas où nous avons examiné les ganglions[1], la portion folliculeuse était normale. Mais la portion caverneuse était gorgée de grosses cellules et de globules blancs en partie dégénérés (globules de pus); il y avait un commencement de suppuration non encore visible à l'œil nu. Les abcès phlegmoneux du petit bassin ont une plus grande tendance à se faire jour à l'extérieur, vers la région inguinale. Au contraire, ceux de la pelvipéritonite s'ouvrent plus souvent dans les organes internes. Quelques auteurs, à l'exemple de Behier et de Trousseau, ont attaché une grande importance aux altérations des veines. On a, en effet, constaté, dans quelques autopsies, des phlébites et des abcès veineux, mais ces modifications pathologiques sont moins constantes que celles du système lymphatique, et présentent un intérêt plus secondaire.

Freund[2] a décrit sous le nom de *paramétrite chronique atrophique*, une variété particulière, qu'il sépare complètement de la paramétrite d'origine puerpérale. Il se formerait d'abord, dans ces cas-là, une inflammation hyperplasique du tissu conjonctif, qui dans les périodes plus avancées se rétracterait à la façon du tissu cicatriciel. Sous l'influence de cette rétraction, les vaisseaux sont comprimés. Il en résulte des troubles circulatoires aboutissant à une atrophie du tissu conjonctif du petit bassin et de tout le canal géni-

[1] *Examen histologique*, cité dans la thèse d'Auger, p. 62.
[2] *Monatscher f. Geb.*, t. XXXIV, p. 380.

tal. Si bien que chez une femme de trente ans, les organes génitaux présenteraient l'état que l'on observe ordinairement sur celles qui ont dépassé la cinquantaine. Les symptômes de cette sorte de phlegmon atrophique consistent toujours, d'après Freund, en douleurs profondes dans le bassin, douleurs pendant le coït, et surtout en des accidents hystériques. Cette affection serait consécutive à un excès d'irritation des nerfs qui se rendent aux organes génitaux. En dehors des observations de Freund, nous ne connaissons pas de cas de ce genre signalés par d'autres auteurs.

Symptômes. — Le phlegmon du ligament large revêt ordinairement la forme aiguë. On observe quelquefois, cependant, une forme latente, qu'il faut savoir reconnaître, malgré son peu de fréquence. Dans beaucoup de cas, les lésions sont complexes, et il existe également des signes dus aux altérations péritonéales. Nous ne nous occupons ici que du phlegmon isolé de toute complication. Ses premières manifestations se produisent de 1 à 20 jours après l'accouchement, ou l'action de la cause quelconque qui lui a donné naissance; le plus ordinairement avant la fin du premier septenaire. Souvent les accidents du début sont mal accusés, insidieux. Les femmes pâles, sans force, éprouvent de temps en temps des élancements dans le bassin, et ce n'est qu'au bout de quelques jours que les phénomènes inflammatoires éclatent. Parmi ces symptômes, la douleur est le premier et le plus constant. Elle siége dans la région hypogastrique, s'irradiant vers les lombes ou la partie supérieure de la cuisse du même côté. Ces souffrances continues, avec exacerbations, sont moins aiguës et plus sourdes, que celles dues à la pelvipéritonite. Le frisson n'est pas constant et ne se montre que dans la moitié des cas. La fièvre, assez intense dans les premiers jours, cesse bientôt le matin, pour ne plus se manifester que le soir ou pendant la

nuit. Elle s'accompagne fréquemment de sueurs profuses. L'appétit est diminué ou complètement aboli, mais on n'observe pas des nausées, des vomissements, comme lorsque le péritoine est envahi par le processus inflammatoire. La face blême, et plus ou moins altérée, ne présente pas cet aspect grippé, cette prostration, qu'on rencontre chez les malades atteintes de péritonite.

Après cette phase d'acuité, les principaux symptômes s'amendent, la fièvre cesse, et on assiste à une période de calme relatif. Au bout de quelques jours, le toucher combiné au palper nous permet de constater la présence d'une tumeur lisse, unie, sans bosselure, difficile à limiter. Elle forme un véritable plastron sur la paroi supérieure et latérale du vagin, souvent aussi un plastron abdominal. Ces deux foyers d'induration, séparés au début, peuvent plus tard communiquer l'un avec l'autre. Ces caractères cliniques sont essentiellement différents de ceux qu'on observe dans la pelvipéritonite, où la tumeur est habituellement arrondie, quelquefois bosselée, saillante dans les culs-de-sac [1].

L'induration du phlegmon a un siège fixe, unilatéral à l'utérus, légèrement proéminent en avant de cet organe. Ce siège est déterminé par la situation du ligament large. Le cul-de-sac postérieur est toujours libre, s'il n'y a pas de complication du côté de la séreuse; il est, au contraire, presque toujours envahi dans cette dernière hypothèse. L'induration vaginale envoie, ordinairement, un double prolongement digitiforme, l'un en avant, l'autre en arrière, qui vient comme embrasser la portion sus-vaginale du col [2]. Dans la majorité des cas, il existe un sillon qui sépare la tumeur de l'organe utérin.

[1] Bernutz, *Arch. de tocolog.*, t. I, p. 128 et suiv., 1874.
[2] Gallard, *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1872.

Le tissu cellulaire du ligament large, infiltré soit de sérosité, soit de pus, donne au doigt la même sensation que l'hématocèle extra-péritonéale, où il y a infiltration de sang dans ces mêmes tissus.

Dans les phases du début, l'utérus est repoussé vers le côté sain. Plus tard, au contraire, sous l'influence de la cicatrisation et des brides fibreuses qui se développent, il est attiré du côté malade. Si les lésions restent localisées au ligament large, la tumeur est presque toute intrapelvienne. Ce n'est que lorsque l'inflammation se propage jusqu'au tissu des parois abdomidales, qu'on trouve le plastron résistant, lisse, régulier, sans bosselure, dont nous avons déjà parlé. Sa dureté augmente de plus en plus, si la terminaison a lieu par induration. Au contraire, si la suppuration se produit, il devient plus ou moins fluctuant, surtout dans le point situé au-dessus de l'arcade de Fallope. Le phlegmon peut aussi se propager à la fosse iliaque interne. Alors on ne rencontre plus le plastron superficiel, les parois abdominales sont souples. La tumeur de forme ovoïde, à grand axe parallèle à l'arcade de Fallope est située plus profondément. Elle se prolonge ensuite dans le grand bassin, en avant du psoas, et forme une masse résistante mal limitée. Sous l'influence de cette propagation, les malades accusent des fourmillements, un engourdissement et des douleurs névralgiques dans le membre inférieur. On constate, simultanément, de l'œdème des malléoles. Enfin, si le foyer inflammatoire est sous-aponévrotique, on voit se produire la flexion et la rétraction de la cuisse sur l'abdomen.

Le phlegmon du ligament large peut se terminer par résolution, par induration, par suppuration. Dans ses formes les plus bénignes il évolue quelquefois en trois semaines. Mais l'induration persiste longtemps encore, et ne disparaît souvent qu'après plusieurs mois. Il ne présente pas ces re-

tours d'acuité, si fréquents dans la pelvipéritonite. Si on les observe dans le phlegmon, c'est qu'il passe à la période de suppuration. Quand cette modification tend à se produire, les phénomènes du début sont plus intenses et ne s'amendent pas. La suppuration a quelquefois lieu dans les premières phases. D'autres fois, au contraire, elle n'apparaît que tardivement, après une durée plus ou moins longue. Dans ces derniers cas, les malades dont l'état s'était un peu amélioré d'abord, perdent de nouveau l'appétit et le sommeil. La débilitation, l'amaigrissement, font des progrès. Elles présentent ce teint jaune terreux, si fréquent chez les sujets qui fabriquent du pus.

En même temps, la douleur hypogastrique, accusée depuis le début, devient plus vive. La sensibilité, le volume et la consistance de la tumeur se modifient. Des frissons erratiques, irréguliers ou intermittents, appellent bientôt l'attention. Ces frissons s'accompagnent de sueurs profuses, notables surtout la nuit. Une diarrhée plus ou moins abondante, unie quelquefois à des vomissements, ne tarde pas à se manifester. A cet ensemble de symptômes, on doit supposer que la suppuration est imminente.

L'ouverture du phlegmon peut se produire sur les points les plus divers. Elle a lieu, le plus souvent, vers les parois abdominales, et siège de préférence au-dessus du triangle de Scarpa, à 2 ou 3 centimètres de l'arcade de Fallope. D'autres fois, l'abcès se fait jour en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, si le phlegmon s'est propagé à la fosse iliaque. Beaucoup plus rarement, au voisinage de l'ombilic, autour et non par la cicatrice ombilicale[1]. Dans d'autres cas, le liquide fuse vers la région supérieure de la cuisse, le foie, les reins, le diaphragme, jusqu'au

[1] Bernutz, *loc. cit.*, p. 594.

muscle carré des lombes et au grand trochanter. Enfin on l'a vu suivre le trajet du ligament rond, s'engager dans le canal inguinal, et aboutir au voisinage de l'orifice externe de ce canal.

L'évacuation du pus par le vagin, la plus favorable de toutes, n'est cependant pas toujours suivie de guérison. L'ouverture dans l'intestin est presque aussi heureuse que dans le vagin, surtout si elle a lieu dans le rectum. Le pronostic est moins bon si l'abcès se vide dans le cœcum, accident que l'on a observé dans quelques rares phlegmons du ligament large droit. Quand le foyer se fait jour dans la vessie, la guérison peut s'ensuivre, quoique cet organe se prête moins bien à l'issue du pus.

Les cas exceptionnels, où le liquide purulent fait irruption dans la grande cavité séreuse, sont presque toujours suivis d'une péritonite rapidement mortelle. Celle-ci peut aussi être amenée par contiguïté et par propagation du travail inflammatoire. Alors les dangers qu'elle présente sont moins considérables, qu'après les ruptures de l'abcès dans le péritoine. Chez certaines malades, on observe des pertuis multiples situés sur les points les plus divers.

Quoique ces collections purulentes puissent s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie, il n'en est pas moins vrai que, dans le plus grand nombre des faits observés, les abcès sous-péritonéaux ont plus de tendance à se faire jour par les parois abdominales. Les abcès intra-péritonéaux, au contraire, montrent une disposition plus grande à s'évacuer dans les organes internes. Le pus s'élimine de un à trois mois après le début des accidents. Sa quantité est souvent surprenante. Il est verdâtre, bien lié, présente en un mot des caractères dits *de bonne nature*. Ordinairement inodore, il contracte dans certaines circonstances une fidélité assez notable. Au bout de quelques jours, sa consistance

devient de plus en plus séreuse, et enfin l'écoulement cesse après une période de temps des plus variables selon les sujets.

Dès l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès, les malades éprouvent une amélioration immédiate, qui se continue les jours suivants, surtout si elles ne sont pas trop affaiblies et qu'on ait pas attendu trop longtemps pour intervenir. Le phlegmon du ligament large amène à sa suite tous les accidents et tous les dangers des suppurations prolongées; en particulier, la dégénérescence amyloïde de divers organes, estomac, foie, reins.

Diagnostic. — Nous avons vu que la pelvipéritonite et le phlegmon se trouvent souvent réunis. Dans les cas où les deux affections se montrent isolément, il est quelquefois assez difficile de les distinguer. Cependant la douleur hypogastrique présente des différences dans les deux cas. Dans le phlegmon, elle se rapproche plus de celle que cause un panaris (Bernutz), et ne donne pas ce facies grippé tout particulier, qu'on observe quand le péritoine participe à l'inflammation. En outre le phlegmon ne s'accompagne pas de nausées, de vomissements, comme la pelvipéritonite.

Les caractères de la tumeur offrent le meilleur signe diagnostique. Cette induration en plastron, localisée à un côté, se continuant avec l'utérus, souvent adhérente au bord inférieur de la branche horizontale du pubis, intéressant peu les culs-de-sac, ne se rencontre que dans le phlegmon. Tandis que dans la pelvi-péritonite la tumeur est rétro-utérine, plus irrégulière et moins plate, faisant saillie dans le vagin, ou, si son siège est latéral, elle est située très haut, et presque impossible à atteindre par le toucher.

La marche ultérieure fournit aussi un élément de diagnostic. L'inflammation du tissu cellulaire ne reste guère limitée à la zone génitale, et ne tarde pas à envahir les régions

voisines, la fosse iliaque interne ou externe. La réaction fébrile est plus franchement inflammatoire au début du phlegmon. Elle prend ensuite les caractères de fièvre de suppuration. La collection purulente une fois formée tend souvent à se porter au dehors du côté de la région inguinale, ce qu'on ne voit pas dans la pelvi-péritonite. Lorsque le phlegmon de la fosse iliaque n'est pas consécutif à celui du ligament large, la tumeur qu'il forme n'est pas située derrière l'arcade crurale, mais bien plus haut, en dedans de l'épine iliaque antérieure, en outre on ne trouve aucune saillie ni induration vaginale.

On peut confondre la paramétrite avec un corps fibreux de l'utérus. La tumeur formée par le phlegmon est plate, ne présente pas la forme arrondie d'un corps fibreux. Sa fixité, son degré de sensibilité et son immobilité,[1] sont des caractères qui différencient l'induration phlegmoneuse, du fibromyome. La consistance n'est pas non plus identique. Le phlegmon au début, ou quand il suppure, est plus mou, ou, s'il s'indure, plus résistant et moins élastique que le corps fibreux. La marche des deux maladies suit également une direction essentiellement différente. Le phlegmon durcit peu à peu, en diminuant de volume. Il s'accompagne d'un appareil fébrile, d'un certain degré de sensibilité, et n'a pas cette augmentation lente et progressive du corps fibreux. Si un fibromyome situé profondément venait à s'enflammer, le diagnostic pourrait, dans ce cas, présenter de grandes difficultés.

Il est, en général, plus aisé, de différencier les exsudats de la paramétrite d'avec les tumeurs de l'ovaire, qui ne sont pas fixes comme l'exsudat et dont la consistance est différente. Une tumeur ovarique enflammée, fixée sur les

[1] On a vu, dans quelques cas exceptionnels, un phlegmon du ligament large donner lieu à une tumeur mobile.

côtés de l'utérus par des adhérences, amènerait plutôt une erreur. Le phlegmon peut encore être confondu avec une grossesse extra-utérine, dont la situation est ordinairement à peu près la même. La marche de la maladie, dans ce cas, ne laissera pas longtemps subsister le doute. La tumeur due à une hématocèle n'a ni le même siége ni les même caractères. Certains cancers développés dans le bassin, surtout aux dépens de l'os iliaque, ou un abcès ossifluant, ne pourraient donner lieu à un diagnostic erroné, que grâce à un examen incomplet.

Pronostic. — Le phlegmon du ligament large n'est pas, par lui-même, une affection très dangereuse. Les conditions dans lesquelles il se développe le plus souvent, la puerpéralité, ajoutent à son degré de gravité. En outre, la péritonite, l'infection putride et purulente, peuvent en être la conséquence et amener la mort. La terminaison funeste s'observe également quand les abcès s'ouvrent dans l'abdomen. Enfin les malades sont exposées à tous les accidents des suppurations prolongées, aux phénomènes d'hecticité, à la tuberculisation, aux embolies cardiaques ou pulmonaires. Malgré toute cette énumération de causes possibles de mort, l'affection qui nous occupe guérit le plus souvent, et ses conséquences ultérieures sont moins fâcheuses que pour la pelvipéritonite, dont elle ne présente pas la disposition aux récidives.

Si l'inflammation envahit la fosse iliaque, le pronostic est moins favorable que quand elle reste limitée au ligament large.

Étiologie. — La cause de beaucoup la plus fréquente du phlegmon du ligament large est l'accouchement ou l'avortement. Certains auteurs avaient même nié son existence en dehors de la puerpéralité[1]. Il est parfaitement prouvé au-

[1] Frarier, *Étude sur le phlegmon du ligament large*, thèse de doctorat, 1866, p. 18.

jourd'hui, que cette affection peut se développer, en l'absence de toute influence puerpérale, par l'action d'un traumatisme, d'une irritation de l'utérus ou du vagin, comme le démontrent un grand nombre d'observations. Les opérations, les incisions ou les cautérisations pratiquées sur le col utérin, l'introduction d'éponge préparée pour dilater la cavité cervicale, ont pu en être le point de départ.

Quelques auteurs ont admis que c'est surtout la résorption de matières septiques qui amène la paramétrite, quand la destruction de l'épithélium a mis à nu une plus ou moins grande surface de tissu conjonctif. D'après cette opinion, un traumatisme simple non compliqué de septicité donnerait plutôt lieu à la périmétrite[1]. Cette différence entre la nature des deux affections nous paraît un peu hypothétique, et nous croyons que l'inflammation des lymphatiques de la région, quelle que soit la cause qui la produit, peut être le point de départ d'une paramétrite. On a prétendu que les femmes qui allaitent y sont moins disposées que les autres. Nous admettrions plutôt cette hypothèse pour les affections utérines que pour le phlegmon. Il est certain, en tout cas, que nous avons plusieurs fois observé cette forme de phlegmasie postpuerpérale chez des nourrices.

Nous devrions, pour terminer l'étiologie, citer quelques chiffres statistiques relativement à la fréquence des diverses causes occasionnelles[2]. Malheureusement, la plupart des auteurs confondant sous une même dénomination et dans un même chapitre la pelvipéritonite et le phlegmon du ligament large, on ne peut pas savoir ce qui concerne l'une ou l'autre[3].

[1] Schroeder, *loc. cit.*, p. 427.

[2] Pour M. Bernutz, sur 20 cas, il y en a 17 qu'on doit rapporter à l'état puerpéral.

[3] Voyez, pour les diverses statistiques, Beigel, *loc. cit.*, t. II, p. 85.

Traitement. — Ce que nous avons dit du traitement de la pelvipéritonite nous permettra d'être bref en ce qui concerne celui du phlegmon. Nous ne citerons pas les opinions des principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet, puisqu'ils ont presque tous désigné les deux affections sous un même nom.

Les moyens médicaux seront à peu près identiques dans les deux cas. Les malades garderont le repos le plus absolu. Au début elles se contenteront de lait, de bouillons, de potages, remplacés par une alimentation substantielle dès que la fièvre aura cessé. Des sangsues au nombre de 12 à 15, ou des ventouses scarifiées, appliquées sur les parois abdominales, l'opium, quelquefois poussé jusqu'à la dose de 50 et 60 centigrammes d'extrait dans les 24 heures[1], et des purgatifs ou des laxatifs légers, en feront principalement les frais. Les bains tièdes, les frictions avec diverses pommades ou liniments, les lavements simples ou glycérinés sont également indiqués.

Dans les périodes plus avancées, des vésicatoires volants, des badigeonnages à la teinture d'iode, sont le plus souvent associés à l'usage interne de l'iodure de potassium. Les scarifications du col utérin ne présentent pas ici les mêmes avantages que dans la convalescence de la pelvipéritonite. Comme médication générale, les pratiques hydrothérapiques, le quinquina, le fer, l'huile de foie de morue, ne doivent pas être négligés. Contre la persistance et l'induration des produits inflammatoires, les bains alcalins, les cures thermales, seront conseillés avec avantage, les eaux bromurées ou iodurées de préférence aux autres. Chez ces malades, les retours à la période d'acuité sont beaucoup moins à craindre que chez celles atteintes de périmétrite.

[1] Frarier, *loc. cit.*, p. 66.

Aussi, tout en agissant avec prudence, pourra-t-on user de sources plus actives.

Nous avons conseillé, pour la pelvipéritonite, de laisser, dans la plupart des cas, la collection purulente s'ouvrir spontanément. Il n'en est plus de même pour les tumeurs phlegmoneuses, qui doivent être au contraire incisées, dès que la fluctuation est appréciable. On aura à choisir comme procédé opératoire, entre l'incision simple avec le bistouri, ou l'ouverture par la méthode de Récamier[1]. Le plus ou moins de profondeur du foyer pourra être une indication, relativement au choix du procédé à employer. En général l'instrument tranchant est préférable, et l'incision sera faite parallèlement au pli de l'aine.

Après l'évacuation du pus, on doit éviter de pratiquer des lavages de la cavité, à moins que les liquides deviennent fétides; et encore, dans ces conditions, doit-on pousser l'injection très lentement et avec la plus grande prudence. Dans les cas où le pus ne s'écoule pas suffisamment bien, ou si des accidents de septicémie se manifestent, le drainage rend fréquemment de grands services. Pour passer le drain, on introduit préalablement un trocart mousse par la plaie abdominale, en rasant le plus possible la face postérieure des pubis, de façon que son extrémité soit sentie par le doigt pressant sur le cul-de-sac latéral correspondant. On lui substitue ensuite un trocart à pointe, qu'on fera ressortir dans le vagin, en évitant de blesser la vessie. Puis, en le retirant, on passe à sa place le tube à drainage, dont une extrémité reste à la partie inférieure, l'autre étant ramenée sur le bord de la plaie tégumentaire. Dans ces conditions, les liquides s'écoulent facilement, et les injections détersives peuvent être employées. Lorsque l'abcès s'est ouvert dans la région

[1] Voyez page 289.

vaginale, c'est le plus souvent en sens inverse que le trocart est introduit, c'est-à-dire en allant du vagin vers les parois abdominales.

Les lesions de la vessie et du rectum réclament quelques médicaments appropriés, les balsamiques, les bains prolongés et les injections émollientes pour les unes, les lavements calmants et astringents pour les autres.

Certaines complications plus rares, telles que l'infection purulente ou la péritonite suraiguë, seront le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Le sulfate de quinine est encore le meilleur moyen à essayer dans ces circonstances, associé aux divers modes de traitement sur lesquels nous n'avons pas à revenir ici. Enfin on aura recours à tous les agents reconstituants, pour permettre aux malades de faire les frais de ces longues suppurations.

DE L'HÉMATOCÈLE CIRCUM-UTÉRINE

L'hématocèle circum-utérine représente une question de gynécologie encore assez confuse, quoique cette confusion soit plus apparente que réelle, ainsi que nous espérons le démontrer dans le courant de ce chapitre. Nous retrouvons encore ici un grand nombre de causes d'obscurité déjà signalées dans d'autres circonstances, en particulier à propos de la métrite. Les autopsies d'hématocèle sont rares. Aussi, toutes les fois qu'on a rencontré un fait anatomo-pathologique nouveau, on a bâti immédiatement une théorie sur cette observation, qui a été généralisée à tous les cas terminés par la guérison, et on y a fait rentrer de force tous ceux s'en rapprochant plus ou moins. En outre, quand on a l'occasion d'autopsier une femme ayant succombé à une hématocèle, la mort ne s'est généralement produite que longtemps après le début des premiers accidents, et il

est difficile de retrouver le point de départ de l'hémorrhagie.

Une autre cause de confusion provient de la variété des opinions émises par les auteurs, au sujet des affections que l'on doit ranger sous cette dénomination. Tandis que, pour les uns, toute hémorrhagie se produisant dans le petit bassin doit porter ce nom, pour d'autres, il n'y a hématocèle qu'en dehors de l'état de gestation. A ce point, que quelques gynécologistes ne désignent pas ainsi les hémorrhagies provenant de la rupture d'un kyste fœtal dans les cas de grossesse extra-utérine. On ne voit pas trop sur quelles raisons est basée cette distinction[1]. *Nous appellerons donc, hématocèle circum-utérine, toute collection sanguine située dans l'excavation pelvienne, soit en dedans, soit en dehors du péritoine, et formant tumeur en s'enkystant.*

On a proposé de diviser l'hématocèle en *intra* et *extra-péritonéale*. Tous les auteurs n'admettent pas cette division, et désignent la seconde variété sous le nom de *pseudo-hématocèle*. Les descriptions portent principalement sur la forme intra-péritonéale. L'autre, quoique plus rare et encore moins bien connue, semble cependant devoir être admise[2]. Nous nous occuperons d'abord de la première.

Hématocèle intrapéritonéale.

Pathogénie. — Nous savons, grâce aux travaux des physiologistes, que le sang, injecté en certaine quantité dans les cavités séreuses, s'enkyste à la suite de production de *fausses membranes* d'abord, de *néo-membranes* ensuite. Le

[1] La définition d'Aran, qui désignait ce groupe d'affections sous le nom de tumeurs sanguines péri-utérines, a l'inconvénient de trop spécifier l'origine de l'extravasat sanguin. *L'hématocèle est le résultat d'un épanchement de sang dans la cavité pelvienne, provenant d'un point quelconque du système utérin.* (*Loc. cit.*, p. 800.) Dans un très grand nombre de cas, sur le vivant, on ignore le point de départ de l'hémorrhagie.

[2] Voyez Poncet, *De l'hématocèle péri-utérine*, thèse d'agrégation, 1868, p. 5.

caillot sanguin adhère d'une part rapidement à la séreuse, tandis que, sur la face opposée, une néoplasie vient l'envelopper. Nous ne reviendrons pas sur la structure de ces néo-membranes organisées et vasculaires, dont nous avons longuement parlé à propos de la pelvipéritonite. Les expériences relatives à ce point de physiologie pathologique ont été reprises souvent, depuis celles de Trousseau et Leblanc sur le cheval. M. Vulpian[1] a trouvé, qu'au bout de vingt-quatre heures, il y a déjà des traces d'organisation de la néo-membrane. MM. Laborde et Luneau[2] ont également constaté que le sang tend à se collecter et à se localiser dans les séreuses, là où il s'épanche. Il ne faut pas oublier, cependant, que le liquide sanguin doit réunir certaines conditions pour provoquer cet enkystement consécutif, ou que le péritoine doit présenter quelque altération préalable, et qu'à l'état normal, de grandes quantités de sang peuvent être injectées sans accident, et résorbées. Les expériences ont établi, en outre, que, privé de sa fibrine, il ne s'enkyste pas et disparaît plus vite[3].

La provenance de l'hémorrhagie péritonéale est encore aujourd'hui le point le plus controversé et le plus obscur de l'histoire de l'hématocèle. Pour Nélaton et pour Laugier, elle résultait de l'hyperémie ovarienne qui accompagne la chute de l'ovule, la trompe ne se trouvant pas appliquée sur la glande, afin de recevoir l'ovule et le sang. Pour M. Gallard, les hématocèles doivent être considérées comme de véritables pontes extra-utérines, qu'il y ait ou non fécondation de l'œuf, dont l'évolution a été la cause première nécessaire pour la production de l'hémorrhagie[4]. D'après une

[1] *Bulletins de la Société de biologie*, 1872, p. 89.
[2] Thèse de doctorat, Paris, 1875.
[3] Poncet, *loc. cit.*, p. 67.
[4] Gallard, *loc. cit.*, p. 675.

autre théorie défendue par Trousseau[1], le sang proviendrait de la muqueuse des trompes, qui le déverseraient au moment des règles dans la cavité séreuse.

M. Bernutz admet à peu près la théorie de Trousseau, au moins pour les cas les plus fréquents. Sauf qu'il ne considère pas la menstruation comme ayant un rôle nécessaire, et que, pour lui, toute hypersécrétion sanguine des organes génitaux, et à ce titre la menstruation, peut en être le point de départ[2]. M. Bernutz fait aussi jouer un rôle considérable au reflux du sang de l'utérus par les trompes, dans les cas d'atrésie des organes génitaux par exemple.

La rupture des varices du plexus veineux utéro-ovarien, signalée dès 1834 par Ollivier (d'Angers), a été principalement mise en relief, comme cause d'hématocèle, par M. Richet. Mais l'hémorrhagie du plexus pampiniforme amène plus souvent la variété extra-péritonéale.

On a invoqué la vascularité des néomembranes résultant de pelvipéritonites. Dans ces cas, les vaisseaux contenus dans les adhérences donneraient lieu à l'extravasat sanguin. Cette dernière théorie, amenée par le travail de Ferber[3], est plus connue sous le nom de *théorie de Virchow*[4]. Elle a été de nouveau reprise par M. Besnier[5], qui a proposé de donner à cette forme, le nom de *pachypéritonite hémorrhagique*, pour rappeler sa ressemblance avec la *pachyméningite hémorrhagique*[6].

[1] *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 606.

[2] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 450.

[3] *Arch. f. physiol.*, Heilh, 1868, t. III, p. 451.

[4] Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 148 (trad. française, 1867).

[5] Besnier, *Annales de Gynécologie*, 1877.

[6] Un bel exemple de ce genre d'hématocèle a été cité par Crédé (*Monatsschrift f. Geb.*, t. IX, p. 1). Ce chirurgien ayant pratiqué la ponction de la tumeur, située dans le cul-de-sac postérieur, vit d'abord s'écouler de la sérosité transparente, puis bientôt de la sérosité mêlée de sang, et enfin du sang pur. Une nouvelle ponction, faite au bout de deux jours, donna issue à une telle quantité de sang qu'on fut forcé de cesser immédiatement l'opération.

Enfin, parmi les causes de ces accidents, il faut ranger toutes les maladies hémorrhagiques en général, telles que le scorbut, le purpura, l'hémophylie, les fièvres graves, variole, scarlatine, rougeole. L'empoisonnement par le phosphore, en amenant la dégénérescence graisseuse des parois vasculaires, peut entraîner des exhalations sanguines dans le tissu de l'ovaire et, à la suite de la rupture de ces collections hématiques, un épanchement de sang dans le bassin, ainsi qu'il ressort des observations de Wagner[1]. On a vu des kystes de l'ovaire de cette nature donner lieu à une hématocèle, en dehors de ces fièvres et de ces processus aigus[2].

Presque toutes ces théories sont en rapport avec des observations vérifiées par l'autopsie. On comprend, en effet, par la disposition anatomique de la région, que toute hémorrhagie se produisant sur un point quelconque de la cavité abdominale ait une tendance à former une tumeur sanguine vers la partie la plus déclive, c'est-à-dire vers les culs-de-sac vaginaux[3].

Une seule chose pourrait paraître surprenante, la rareté de l'hématocèle comparée à la fréquence des exhalations sanguines qui doivent se produire aux dépens des nombreux organes contenus dans la cavité pelvienne. C'est que, pour qu'il y ait cliniquement hématocèle, il faut que la quantité de sang soit assez considérable. Les hémorrhagies minimes ne donnant lieu, dans la plupart des cas, à aucun symptôme appréciable pendant la vie.

[1] *Archives de Virchow*, t. LV, 1872, p. 12.

[2] Dans le cours de la fièvre typhoïde, on met quelquefois sur le compte d'une perforation intestinale terminée par guérison, des accidents dus à une hématocèle.

[3] Le cul-de-sac postérieur est plus profond à gauche qu'à droite de près d'un pouce, d'où la plus grande fréquence des tumeurs rétro-utérines de ce côté. (Barnes, *A Clinical Study of retro-utérine tumours*, St-Georg. Hosp. Rep., 1877, anal. dans le *Jahresbericht*, 1878, t. II, p. 554.)

Quant à l'influence, si souvent constatée, de la menstruation, sur le développement de ces accidents, nous nous en rendons facilement compte, quelle que soit leur origine. A ce moment, il se produit une hypérémie de tous les tissus qui entrent dans la structure du petit bassin. Aussi bien de l'ovaire, que de l'utérus et des trompes. Il est tout simple, par conséquent, que la rupture d'une veine variqueuse, la déchirure d'un kyste, le reflux du sang par la trompe, aient lieu de préférence à cette époque. Il en est de même pour les cas de grossesse extra-utérine. On sait combien la période pendant laquelle les règles devraient avoir lieu a d'importance, même dans la gestation normale, relativement aux hémorrhagies et à l'avortement. C'est ainsi que la rupture du kyste fœtal coïncide très fréquemment avec le temps où les règles auraient apparu, s'il n'y avait pas eu grossesse.

L'hématocèle, comprise de cette façon, ne présente pas une obscurité plus grande que tant d'autres maladies. Quoique ce ne soit pas une *maladie*, dans le sens précis du mot, mais un groupe de phénomènes pathologiques toujours symptomatiques d'une autre affection.

Anatomie pathologique. — L'hématocèle intrapéritonéale se manifeste, généralement, par une tumeur située dans le repli de Douglas. Son siège habituel lui avait fait donner par Nélaton, le nom d'*hématocèle rétro-utérine*. Elle est cependant, quelquefois, située plus ou moins latéralement, et même tout à fait en avant, entre l'utérus et la vessie. Ces derniers cas, dont on a réuni un certain nombre d'observations, sont désignés sous le nom d'*hématocèle antéutérine*. Ils résultent, presque toujours, d'un cloisonnement du cul-de-sac postérieur par des adhérences anciennes.

La présence d'une sorte de cloisonnement de la cavité pelvienne est nécessaire pour la conception de l'hématocèle

intra-péritonéale. En effet, un épanchement de sang, libre dans cette cavité, ne forme pas une tumeur élastique, repoussant l'utérus en avant. Ce qui ne peut exister que consécutivement à l'enkystement du caillot par les néoformations inflammatoires. Cette tumeur se développe selon deux processus différents, qui ressortent de ce que nous avons vu à propos de la pathogénie. Ou bien l'hémorrhagie a lieu dans une cavité déjà formée. Les néo-membranes constituent une espèce de pont entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum, et limitent ainsi un espace où une exhalation sanguine peut se produire, donnant lieu à l'apparition subite d'une tumeur rétro-utérine. La poche contient alors, un mélange de sérosité, de pus et de sang.

Dans d'autres circonstances, le liquide sanguin pénètre dans le petit bassin, libre de toute adhérence. Dans ces conditions, quel que soit le point d'origine de l'hémorrhagie, il n'y a pas de tumeur au début. Tant que le sang est fluide, il forme une espèce de lac au milieu duquel flottent les anses intestinales. Cette masse liquide se déplace avec la position des malades, et se comporte comme l'intestin, selon que le rectum et la vessie sont pleins ou vides. Descendant dans le cul-de-sac quand ces organes sont à l'état de vacuité, remontant sous l'influence de leur réplétion. Quand cette disposition existe, l'épanchement donne au doigt la même sensation que l'intestin, et ce n'est qu'après s'être coagulé et enkysté, qu'il présente les signes d'une tumeur constatable au toucher. Si l'hémorrhagie se produit, tandis que l'intestin et la vessie sont vides, la tumeur prendra des dimensions considérables. Si, au contraire, ceux-ci sont dilatés, il n'y aura qu'une petite quantité de sang qui pénétrera dans le cul-de-sac, et la masse sanguine sera surtout située au-dessus de l'utérus. Dans ces cas, on voit manquer

les caractères classiques de l'hématocèle, qui comprime l'utérus de haut en bas, au lieu de le repousser en avant. Le type le plus caractéristique se rencontre quand le sang provient d'un point situé profondément, ou si l'hémorrhagie se produit lentement et par exhalations successives.

Le volume de la tumeur varie, depuis la grosseur d'un œuf, jusqu'aux dimensions d'un utérus à terme. Elle est enveloppée par des fausses membranes, fibrineuses d'abord, conjonctives ensuite, qui la séparent de la grande cavité péritonéale. Elle contient du sang coagulé ou liquide, de couleur différente suivant l'âge de l'épanchement et suivant les modifications chimiques qu'il a subies. A la longue, le sang se résorbe, et la poche revient sur elle-même à la faveur de l'organisation du tissu conjonctif qui la circonscrit. En même temps qu'un épanchement sanguin, on observe quelquefois des foyers inflammatoires ou purulents, en sorte que le phlegmon circum-utérin et l'hématocèle, qui ont tant d'analogie au point de vue de leur siège (apparent), de leurs causes et de leurs symptômes, peuvent aussi se compliquer l'un l'autre.

Ferber a appelé l'attention sur la fréquence des taches brunâtres formées de pigment, résidus d'extravasations sanguines, qu'on observe sur la séreuse du petit bassin, surtout vers le cul-de-sac postérieur. Il a également rencontré des villosités, des bourgeons de la séreuse, remplis de débris pigmentaires[1].

Dans les cas où la tumeur a atteint un très gros volume, elle peut amener, par compression, des lésions des organes voisins. C'est ainsi que dans un cas publié par M. Dumontpallier, et dont nous avons eu l'occasion de faire l'examen anatomique, les uretères étaient comprimés et dilatés, les

[1] Ferber cité par Beigel, t. II, p. 117.

reins s'étaient consécutivement altérés, et la malade, qui avait résisté à plusieurs hémorrhagies intrapelviennes provenant d'un kyste fœtal, succomba à des accidents urémiques.

Symptômes. — Il est rare que l'hématocèle se produise tout d'un coup, chez une femme jusque-là bien portante. Le plus souvent, les malades ont été atteintes de périmétrites. Elles ont éprouvé depuis longtemps des douleurs lombaires et abdominales, des troubles du côté du rectum. On observe également, parmi les antécédents, des anomalies de la menstruation qui manquent rarement. Ce sont tantôt des métrorrhagies, tantôt de l'aménorrhée durant deux à trois mois et dont l'interprétation est difficile. Il est probable que ce dernier symptôme coïncide ordinairement avec des cas d'hématocèle par grossesse extra-utérine.

Sauf ces quelques signes prodromiques qui n'ont rien de caractéristique, les accidents débutent subitement et sous une forme aiguë. Si l'hémorrhagie est abondante, la malade est prise d'une douleur violente dans le petit bassin, aussitôt suivie de lipothymie ou de syncope. La face est décolorée et toutes les muqueuses participent à cette pâleur. La température baisse considérablement. Le pouls est accéléré, petit, filiforme, souvent impossible à compter. Dans ces cas, heureusement rares, la mort peut survenir en peu d'heures, avant que le sang enkysté ait donné lieu à une véritable tumeur[1].

Quand la malade reprend connaissance, elle se plaint d'une douleur dans le bas ventre. Elle présente des frissons, des vomissements. La température s'élève (39°), le pouls s'accélère (120, 140 pulsations par minute), le faciès est altéré, exprime la souffrance. Les douleurs s'exaspèrent

[1] Cette forme, presque foudroyante, rentre plutôt dans la catégorie des hémorrhagies internes que des véritables hématocèles.

sous l'influence du moindre mouvement, du plus léger attouchement. Ces phénomènes aigus ne durent pas longtemps, les souffrances s'atténuent ou deviennent sourdes, et tous les symptômes généraux disparaissent peu à peu. Même quand les règles sont suspendues, on constate une recrudescence des symptômes au moment où elles devraient se montrer, et on ne doit considérer la guérison comme complète, que quand une période menstruelle se sera passée, normalement, sans ramener d'accidents.

Les premiers phénomènes peuvent ressembler à ceux d'une obstruction intestinale et simuler un étranglement interne. Quelques observations démontrent que ce n'est pas toujours à la compression, mais à une paralysie de la couche musculaire de l'intestin consécutive à la brusque invasion du sang et à la péritonite suraiguë, que sont dues ces manifestations morbides[1].

Au lieu de se faire brusquement, l'épanchement sanguin, dans quelques cas rares, se produit peu à peu et par suintement. Entre les deux extrêmes, on observe tous les degrés intermédiaires.

Par le toucher vaginal, on constate l'existence d'une tumeur située en arrière de l'utérus, qu'elle refoule en haut et en avant, si bien que le doigt a de la peine à atteindre l'extrémité du col, appliqué, lui-même, contre la face postérieure du pubis. Cette tumeur de forme arrondie, globuleuse, présente souvent de petites inégalités. Elle est plus sensible au toucher qu'au palper. Dans les huit ou dix premiers jours, sa consistance est élastique, fluctuante dans certains cas. Au bout de trois semaines, et quelquefois plus tard, elle devient compacte, pâteuse, et s'indure de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne du début. Elle peut présenter

[1] Lober, *Bulletin médical du Nord*, 1876.

même, dans des périodes avancées, une dureté presque ligneuse[1]. En avant de la masse principale, on en observe souvent, au-dessus du pubis, une plus petite, constituée par l'utérus. Outre les changements qui se produisent dans sa consistance pendant les premières semaines, cette tuméfaction présente une densité variable selon les points. Fluctuante dans une région, élastique dans un autre, elle peut donner, par place, la sensation d'un corps solide.

Dans les premières semaines, l'ensemble du liquide enkysté possède une élasticité pâteuse, comparable à celle d'un caillot sanguin[2]. On a constaté aussi une sorte de crépitation. Quand l'épanchement a dépassé 300 à 400 grammes, chiffre représentant à peu près la capacité de la cavité pelvienne, ainsi qu'il ressort des expériences de Poncet[3], le sang remonte de chaque côté dans les fosses iliaques, et rappelle par sa disposition, la forme d'un cœur de carte à jouer. Les variations de densité ne sont perceptibles que par le toucher. L'éloignement des parois abdominales empêche qu'on puisse, par l'exploration externe, bien apprécier la consistance, comparable à celle de l'utérus gravide à une période avancée de la grossesse.

Pour certaines formes, on voit la tumeur subir des alternatives de diminution et d'augmentation à l'époque des règles. Quand son volume est considérable, elle amène des troubles par compression du rectum. Il s'ensuit une constipation opiniâtre, et la défécation devient excessivement douloureuse. Souvent aussi, soit sous cette influence, soit par inflammation de voisinage, on observe du catarrhe intestinal. La pression sur la vessie rend la miction pénible. Si elle s'exerce sur les uretères, les accidents graves et sou-

[1] Aran, *loc. cit.*, p. 783.
[2] Olshausen, *Arch. f. Gyn.*, t. I, p. 20.
[3] *Loc. cit.*, p. 63.

vent mortels de l'urémie peuvent en être la conséquence. Cette même cause, agissant sur les nerfs, entraîne des douleurs le long de leur trajet et sur les points où ils se distribuent. Consécutivement à la gêne de la circulation veineuse, on constate de l'œdème des membres inférieurs, quelquefois de la vulve et du vagin, celui-ci formant une espèce de bourrelet saillant entre les grandes lèvres. L'utérus, refoulé vers le pubis, est le siége de métrorrhagies dues à la pression qu'il éprouve, ou à l'hyperémie que présentent, dans ces circonstances, tous les organes contenus dans la cavité pelvienne. Dans les cas exceptionnels où la masse sanguine siége en avant ou au-dessus de l'utérus, il est facile de comprendre combien les rapports seront différents. Mais ces cas sont très rares.

L'hématocèle est une affection longue à guérir. Sa durée, variable selon l'âge, selon le volume de l'épanchement et l'état général de l'organisme, est, en moyenne, de trois à quatre mois. Une fois produite, elle revêt une marche lente. Quelques malades présentent, pendant plusieurs années, des exacerbations à l'époque des règles. Dans l'intervalle, leur état s'améliore et leur permet de reprendre leur vie ordinaire[1].

La terminaison peut avoir lieu, par *résolution*, ou par *perforation* et *élimination*. La première est de beaucoup la plus fréquente. La tumeur diminue et s'indure en même temps. L'utérus reprend sa situation dans l'excavation. Il faut toujours un long temps, avant que ce résultat favorable soit complètement atteint. Pendant une période prolongée, les restes des produits inflammatoires amènent une diminution dans les mouvements de l'utérus, qui conserve même, souvent, une fixité indéfinie. Si l'induration, au lieu de s'accentuer de plus en plus, diminue à un certain

[1] Cas de Delore (de Lyon), ayant duré ainsi pendant cinq ans. Cité par Poncet, *loc. cit.*, p. 101.

moment, et qu'on constate de nouveau des points de ramollissement, l'évacuation au dehors est à craindre.

Quand la perforation se produit, les parois de la tumeur se ramollissent jusqu'à donner lieu à une solution de continuité. L'ouverture peut se faire dans le rectum. On voit alors succéder au catarrhe intestinal, une diarrhée abondante, consistant dans l'expulsion de matières noirâtres, granuleuses. Sous l'influence de cette expulsion, l'état général s'améliore, et la tumeur diminue instantanément de volume. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'ouverture du trajet fistuleux se referme. Il ne reste plus qu'une petite masse indurée, stigmate souvent indélébile de l'affection qui lui a donné naissance. Dans d'autres cas, l'inflammation et la putréfaction des parois, la pénétration des matières fécales dans la poche, amènent la mort des malades. L'ouverture dans le vagin est plus rare. Elle se produit parfois simultanément dans le vagin et le rectum. La perforation de la vessie est encore moins fréquente[1].

Lorsque l'hématocèle se vide dans la cavité abdominale, et que le sang n'est plus très frais, la mort est à peu près inévitable. Dans toutes ces circonstances, le danger ne résulte pas seulement des accidents dépendant de la perforation, et se prolonge pendant toute la durée de l'élimination des matières plus ou moins altérées. Il peut y avoir suppuration de la cavité kystique, décomposition putride de son contenu. Dans ces deux cas, la terminaison fatale arrive, soit par péritonite, soit par hecticité et affaiblissement général, soit par infection putride ou purulente. Il subsiste quelquefois des poches dans lesquelles les liquides s'accumulent, sous l'influence de l'étroitesse du pertuis fistuleux.

[1] Dans le cas de Ott (*Gaz. des hôp.*, 1861, p. 53), il y avait en même temps ouverture de la tumeur dans la vessie et à travers les parois abdominales.

On voit alors se produire, de temps en temps, un nouvel écoulement de pus par le rectum.

Diagnostic. — La question de diagnostic porte sur deux points différents. On doit se demander s'il y a une hématocèle, et, quand elle existe, à quelle espèce elle appartient. Les commémoratifs sont presque nécessaires pour faire le diagnostic. Celui-ci repose principalement sur la rapidité du développement de la tumeur, son volume, sa consistance, sa marche, et sur les changements qu'elle entraîne dans la situation des organes pelviens. On peut confondre l'hématocèle avec la pelvipéritonite. Une douleur subite suivie de l'apparition presque immédiate d'une tumeur dans le petit bassin, sans appareil fébrile, caractérise la première des deux affections[1]. Dans la pelvipéritonite, il y a de la fièvre dès le début, et la tumeur met plus longtemps à se former. La pâleur que présentent les malades n'est jamais poussée aussi loin que la décoloration des tissus qu'on observe dans l'hématocèle. Le volume de la tuméfaction due à l'inflammation du péritoine n'atteint que très rarement les dimensions de celle qui résulte de l'autre processus. La ponction, proposée par quelques auteurs comme moyen distinctif, doit être absolument rejetée. Elle expose à des dangers considérables, et la précision du diagnostic n'offre qu'un intérêt de second ordre, puisque, dans les deux cas, le traitement est à peu près le même et basé sur l'expectation.

La distinction d'avec l'utérus gravide rétrofléchi est souvent très difficile. En général, dans ces conditions, le toucher vaginal et rectal ne donnent pas grands renseignements. Le col peut être ramolli dans les deux hypothèses. Cependant, dans la rétroflexion, l'utérus n'est pas repoussé en haut et

[1] Cependant le début brusque n'est pas toujours un signe d'hématocèle, et peut également s'observer dans la pelvipéritonite. (Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 211.)

en avant comme dans l'hématocèle ordinaire. En outre, on observe souvent, dans la rétroflexion, une tumeur antérieure formée par la vessie distendue. L'absence des règles depuis plusieurs mois sera en faveur de l'idée d'une grossesse. La masse formée par l'utérus gravide rétrofléchi est régulière, sa surface est unie sans inégalités. Enfin, signe très important, sa consistance est la même sur tous les points[1]. Ces caractères seront perçus par le palper combiné au toucher. Mais la sensibilité de la région empêche le plus souvent de pouvoir faire une exploration suffisante pour fixer son opinion. Comme ici le diagnostic est important, et que les indications thérapeutiques sont différentes selon qu'on a affaire à l'une ou l'autre affection, on doit soumettre la malade à l'anesthésie chloroformique pour compléter son examen.

Les tumeurs de l'ovaire peuvent présenter quelque similitude avec l'hématocèle. La marche des accidents, si différente dans les deux cas, mettra sur la voie de la vérité. Certains kystes hydatiques du petit bassin ont été également pris pour une hémorrhagie pelvienne[2]. L'erreur commise dans ces circonstances était, quelquefois, d'autant plus difficile à éviter, que les premières douleurs avaient coïncidé avec une période menstruelle. Parmi les affections qui ont été confondues avec celle qui nous occupe, on trouve encore les tumeurs stercorales et les corps fibreux. Les fibromes ont une marche croissante et amènent rarement des accidents aigus. Si ceux-ci se produisent sous l'influence d'une péritonite partielle, ils sont ordinairement légers, de peu de

[1] La coloration violacée des organes génitaux serait en faveur d'une grossesse. Dans l'hématocèle, les muqueuses sont pâles et décolorées. À moins qu'on ait affaire à la variété extra-péritonéale, dans laquelle le col utérin et le vagin sont rouge violacé, c'est là un signe auquel on a attaché une grande importance pour distinguer les hémorrhagies intra ou extra-péritonéales, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

[2] Voyez Charcot, *Société de biologie*, 1857, et Poncet, *loc. cit.*, p. 117.

durée, et s'accompagnent de leucorrhée et de métrorrhagies. Le fibro-myome suit les mouvements communiqués à l'utérus, qui n'est pas fixé et enclavé comme dans l'hématocèle.

La grossesse extra-utérine siége rarement dans le cul-de-sac postérieur. Cependant, le diagnostic différentiel peut présenter des difficultés d'autant plus grandes, que ces deux états pathologiques ont beaucoup de points de ressemblance. Néanmoins, dans la grossesse extra-utérine, la tumeur a eu un développement lent et graduel, et l'utérus est toujours augmenté de volume, ce qu'on n'observerait pas dans l'autre hypothèse.

Le diagnostic de l'espèce d'hématocèle doit être fait avec beaucoup de réserve, et ne repose, dans la plupart des cas, que sur des conjectures. Les hémorrhagies très abondantes sont, le plus souvent, consécutives à la rupture d'un kyste fœtal. Quelquefois, dans la grossesse extra-utérine compliquée d'hématocèle, on peut différencier les deux tumeurs [1]. Si chez une femme ayant eu des atteintes de périmétrite, on voit se produire, tout à coup, un épanchement dans la cavité pelvienne, on peut supposer qu'il provient des vaisseaux de néo-membranes (pachypéritonite hémorrhagique). Des varices observées sur d'autres parties du corps, sur les membres inférieurs, aux grandes lèvres, feront penser à une rupture vasculaire. Dans les cas consécutifs à un défaut d'excrétion du sang menstruel, les accidents datent de longtemps et présentent des exacerbations au moment des règles. En outre, dans ces circonstances, on constate presque toujours une atrésie siégeant sur un point quelconque des organes génitaux. Les formes métrorrhagiques paraissent avoir une marche plus lente, plus insidieuse et passent même inaperçue dans les premières périodes [2].

[1] Schrœder, *loc. cit.*, p. 445.
[2] Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 498.

Pronostic. — L'hématocèle est une affection grave, quoique la mort n'en soit pas ordinairement la conséquence. Outre la terminaison funeste amenée par la suppuration, ou la putréfaction des produits enkystés, elle peut entraîner des conséquences fâcheuses et à longue échéance, telles que la stérilité provenant d'adhérences de l'ovaire, d'oblitération des trompes, de déviations utérines. Enfin elle expose les malades aux accidents de la péritonite, de l'hecticité, de l'urémie. L'hémorrhagie, par elle-même, ne présente de danger que dans des cas relativement rares. Il faut toujours tenir compte, au point de vue du pronostic, de l'état antérieur du sujet. Une lésion identique amène, en effet, des résultats très différents, selon qu'elle se produit sur une séreuse saine ou altérée [1].

Étiologie. — L'hématocèle se rencontre rarement chez des femmes dont la santé n'a pas éprouvé d'atteintes antérieures. Le plus grand nombre a présenté, à une période plus ou moins éloignée, des accidents puerpéraux, et principalement des signes de pelvipéritonite. Souvent aussi, chez ces malades, on a observé depuis longtemps des troubles de la menstruation. C'est ordinairement au moment de la période cataméniale, que se montrent les premières manifestations morbides. A cette influence, vient quelquefois s'ajouter une cause externe, telle qu'un traumatisme, des fatigues exagérées, des excès de coït. On a également invoqué l'action du froid.

Ces accidents se produisent surtout pendant les phases les plus actives de la vie sexuelle de la femme, de vingt à trente ou trente-cinq ans [2]. Les auteurs ne sont pas d'accord

[1] Nous rappellerons à ce propos les expériences de Tarchanoff sur le péritoine des animaux. Un même traumatisme, ne produisant aucun effet sur un animal normal, causait l'arrêt du cœur si la séreuse était enflammée. (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1875, p. 119.)

[2] Son maximum de fréquence s'observe de vingt-cinq à trente-cinq ans. (Poncet, *loc. cit.*, p. 86.)

grè de fréquence. La plupart des statistiques
r un nombre de faits trop peu considérable, pour
n tirer des conclusions sérieuses[1]. Il est certain
eaucoup d'hématocèles de petit volume passent ina-
Souvent on trouve à l'autopsie des restes d'hé-
s plus ou moins anciennes dans le cul-de-sac
ur, et cela, sans qu'il se soit manifesté pendant
e aucun symptôme morbide qui pût les faire sup-

omme, malgré la divergence d'opinions existant à ce
on doit considérer cette affection comme peu fré-
te. Les femmes des classes pauvres, par une série de
ns faciles à comprendre, y sont plus spécialement expo-
L'hématocèle donne rarement lieu à des récidives.
otte[2] a cherché à établir un rapport entre les hémor-
pelviennes et la névralgie lombo-abdominale. Mais
dans ces conditions, les manifestations névral-
s sont secondaires, et se présentent avec les mêmes

caractères que pour d'autres affections des organes génitaux.

Traitement. — Au début des accidents, on aura soin de placer les malades la tête basse et de leur recommander le repos le plus absolu. En même temps que des applications de glace seront faites sur l'abdomen, on prescrira à l'intérieur une certaine dose d'alcool, une potion de Todd. L'opium, sous ses diverses formes, trouve encore ici son indication.

Les émissions sanguines, ventouses, sangsues, seront seulement utiles si les symptômes péritonitiques présentent une certaine intensité. Plus tard on aura recours aux moyens dits résolutifs : vésicatoires volants, badigeonnages de tein-

[1] Beigel (t. II, *loc. cit.*, p. 156) a réuni 2000 cas d'affections gynécologiques. Sur ce nombre il a trouvé 38 hématocèles. Pour Schroeder, la proportion serait moins forte, 7 pour 1000 seulement. D'un autre côté, Scanzoni dit n'avoir rencontré, dans vingt ans de pratique, que 2 hématocèles.

[2] Marotte, *Arch. gén. de médecine*, 1873.

ture d'iode sur les parois abdominales, comme dans la pelvi-péritonite.

L'intervention chirurgicale doit être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Sous la seule influence du traitement médical, la plupart des malades guérissent[1]. Cependant, si la tumeur pouvait, par son volume, entraîner un danger immédiat, il y aurait lieu de la ponctionner, en s'aidant d'un appareil aspirateur, et avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher l'entrée de l'air et des germes qui pourraient pénétrer avec l'instrument. On a obtenu ainsi, en quelques semaines, la disparition d'énormes épanchements, datant déjà de plusieurs mois et contenant jusqu'à 1,000 et 1,200 grammes de sang[2].

Lorsque des signes de septicémie se manifestent, on ne doit pas hésiter à ouvrir largement la poche, pour donner une issue facile aux produits en décomposition qu'elle contient. Il faut se méfier des injections désinfectantes dans le foyer, de peur d'amener une péritonite. Dans ces cas, quelque parti qu'on prenne, la mort est presque inévitable. Le drainage du cul-de-sac, consécutivement à une contre-ouverture, est encore le meilleur moyen à tenter. Même si la tumeur s'est ouverte spontanément dans le rectum, l'expectation est encore la règle, en l'absence d'accidents septicémiques. Les divers agents reconstituants, surtout le quinquina, sont un utile adjuvant du traitement, quel qu'il soit. Les malades atteintes d'hématocèle seront surveillées pendant longtemps. On ne peut les autoriser à reprendre leurs occupations, que lorsque la tumeur a presque complètement disparu.

Les moyens prophylactiques ne sont pas à négliger. Nous

[1] Nonat, sur 23 malades soumises au traitement médical, n'en a perdu qu'une seule, et encore était-ce un cas consécutif à une grossesse tubaire.

[2] Cotelle, thèse de doctorat. Paris, 1877 p. 68.

avons vu, chez la plupart des malades, un certain nombre de troubles du côté des organes génitaux précéder l'invasion de l'hématocèle. Il faut donc éviter tout ce qui entraîne ou exagère la congestion de ces régions, surtout à l'approche ou pendant la période menstruelle.

Hématocèle extra-péritonéale (pseudo-hématocèle de Nægele[1]).

L'hématocèle extra-péritonéale n'est pas admise par tous les auteurs, ainsi que nous l'avons déjà dit. Comme il en existe, cependant, des observations appuyées sur des autopsies, il nous paraît impossible de ne pas faire rentrer cette affection, quelle que soit du reste sa rareté, dans le cadre d'un manuel de gynécologie.

Anatomie pathologique. — Le sang qui donne lieu à la formation de l'hématocèle extra-péritonéale est quelquefois épanché entre les deux feuillets du ligament large, et ne dépasse pas cette région. Dans d'autres cas, il envahit les fosses iliaques, ou siége au voisinage de l'anus, refoulant fortement en avant la paroi postérieure du vagin. Le volume de la tumeur varie depuis les dimensions d'un œuf, jusqu'à celles d'une tête d'adulte. Néanmoins, habituellement, elle ne fait pas saillie au-dessus du détroit supérieur. Dans les quelques autopsies que nous connaissons, le sang était infiltré entre les mailles des tissus, sans être entouré d'une membrane enveloppante donnant lieu à une sorte de kyste[2]. Le sang épanché se présente sous différents aspects. Tantôt liquide, tantôt coagulé et ressemblant à de la gelée de groseille, il est, d'autres fois, plus ou moins profondément modifié ou altéré.

[1] Voyez Bernutz, *Diction. de méd. et de chirurg. prat.*, t. XXII, p. 535, et Poncet, *loc. cit.*, p. 128.

[2] Quelques auteurs ont observé autour du caillot sanguin une pellicule, sorte de fausse membrane simulant le péritoine.

Symptômes et diagnostic. — Les accidents causés par l'hématocèle extra-péritonéale ont un début moins brusque que ceux qui sont dus à l'irruption du sang dans le péritoine. Cette différence nous est expliquée par l'intégrité de la séreuse. Cependant, dans quelques observations, on a noté des phénomènes morbides comparables à ceux de la variété intra-péritonéale. La fièvre est ordinairement nulle. Les malades accusent une douleur, le plus souvent intermittente, rappelant celles de l'accouchement, ne s'accompagnant ni de vomissements ni de météorisme. On constate, en même temps, la présence d'une tumeur pâteuse, inégale, atteignant rarement le détroit supérieur[1]. Quand son volume augmente d'une façon notable, sa consistance se modifie et devient presque fluctuante.

Si on pratique le toucher, le doigt est arrêté au voisinage de la vulve par une masse descendant plus bas que la limite inférieure du cul-de-sac péritonéal postérieur, et semblant faire corps avec les parois du vagin. La tuméfaction se rencontre d'autres fois sur les parties latérales. L'utérus est fixé et immobilisé, comme dans l'hématocèle ordinaire. La coloration violacée du cul-de-sac vaginal constitue un signe très important, quand il existe ; mais on ne l'observe pas d'une façon constante. La résorption des produits épanchés marche avec plus de lenteur que dans les formes simples. La collection sanguine peut également se faire jour dans le vagin, dans le rectum, ou dans la cavité péritonéale, et, dans ce dernier cas, les deux variétés d'hématocèle se succèdent et sont consécutives l'une à l'autre.

Pronostic. — Les auteurs qui admettent l'hématocèle extra-péritonéale ne sont pas d'accord sur son degré de gravité. Tandis que pour les uns son pronostic est moins fa-

[1] Dans quelques cas exceptionnels, la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic.

vorable que celui de la forme ordinaire, pour d'autres, au contraire, la guérison serait la règle, chez la femme à l'état de vacuité, en dehors par conséquent de la grossesse extra-utérine.

Étiologie. — Cette forme d'hématocèle a été rarement observée. Elle peut se produire sous l'influence de la grossesse intra ou extra-utérine, comme aussi en l'absence de toute gestation. Elle paraît surtout causée par la rupture des veines du plexus utéro-ovarien, ou par la déchirure de la trompe dans les grossesses tubaires. Son maximum de fréquence se montre entre 30 et 45 ans, beaucoup plus tard, par conséquent, que la variété intra-péritonéale, qui s'observe de préférence de 25 à 35. L'influence de la ménopause a pu être invoquée dans quelques cas.

Beigel considère l'hématocèle extra-péritonéale comme jouant un rôle plus important qu'on ne le croit en général, dans la pathogénie de la forme ordinaire[1]. Il faut admettre, en tout cas, de grandes modifications des tissus constituant les ligaments larges, pour permettre l'invasion du sang dans la séreuse. La structure de ces ligaments[2] et les expériences entreprises à ce sujet par M. Tripier nous montrent, en effet, qu'à l'état normal, ils offrent une résistance considérable et supportent une forte pression avant d'arriver à se rompre[3].

Traitement. — Dans les premières périodes, on devra chercher à combattre l'hémorrhagie. On ordonnera à la malade un repos absolu, et on fera des applications froides sur l'abdomen. Plus tard, on pourrait recourir aux antiphlogistiques. Quelques auteurs ont conseillé d'intervenir chi

[1] *Ueber einem Fall von Hamatokele Alæ Vespertilionis sinistræ, von Hermann Beigel, in Wien.* (*Arch. f. gyn.*, 1877, t. XI, p. 380.)

[2] Voyez page 655.

[3] Poncet, *loc. cit.*, p. 132.

rurgicalement et de pratiquer une ponction. Ce moyen ne donnerait pas grands résultats, le sang étant déjà coagulé en grande partie quand on y aurait recours. Il expose, en outre, à tous les dangers de l'infection putride. On ne doit donc en user que dans le cas où des accidents septicémiques viendraient à se développer spontanément. Il faut alors pratiquer une large ouverture, comme nous l'avons indiqué pour la forme intra-péritonéale.

TUMEURS DES LIGAMENTS LARGES

Kystes des ligaments larges.

Anatomie pathologique. — On observe fréquemment, surtout chez les jeunes enfants, en divers points des ligaments larges, de petits kystes, sessiles ou pédiculés, variant de la grosseur d'un grain de chènevis au volume d'une noisette. Ces produits kystiques, ordinairement tapissés d'une couche d'épithélium vibratile, ont été considérés comme un vestige des canalicules du corps de Wolff, comme une dépendance de l'organe de Rosenmüller. Cette origine n'est pas toujours admissible, quand, par exemple, ils siègent dans une région éloignée de ces restes de la vie embryonnaire[1]. Ces kystes n'ont pas grande importance au point de vue clinique. Le fait seul de leur grand degré de fréquence chez le nouveau-né et de leur rareté relative chez l'adulte, nous montre que, dans la majorité des cas, ils tendent à disparaître spontanément.

Il existe en outre, dans le ligament large, des kystes d'un plus gros volume, atteignant les dimensions d'une tête d'adulte et qui peuvent donner lieu à des troubles divers. Cette variété a été également considérée comme développée

[1] Virchow, *Pathologie des tumeurs*, trad. franç., t. I, p. 261.

aux dépens de l'organe de Rosenmüller[1]. Les tumeurs kystiques du ligament large sont, plus souvent que celles de l'ovaire, composées d'une seule poche[2]. Cependant, beaucoup de ces productions, uniloculaires au point de vue clinique c'est-à-dire formées par une grande poche principale, présentent sur certains points de leurs parois de petites cavités secondaires. Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, l'hypothèse de la dilatation kystique d'un tube épithélial préexistant n'était guère admissible[3], et le processus nous a paru ressembler considérablement à celui que nous avons décrit pour les *épithéliomas mucoïdes* de l'ovaire[4]. Aussi nous demandons-nous, sans vouloir nier la possibilité de la première hypothèse, si on a pas été amené à cette théorie par induction, comme pour celle des kystes ovariques dus à la dilatation des follicules de Graaf[5].

Quoi qu'il en soit de leur origine, on rencontre dans les productions kystiques du ligament large, les mêmes éléments que dans celles de l'ovaire. L'épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles, l'épithélium caliciforme, s'observent dans les deux. Nous en dirons autant des parois, le plus souvent remarquables par leur minceur, quelquefois, cependant, assez épaisses et formées de trois couches distinctes dans toute leur étendue, l'interne et l'externe fibreuses, la moyenne constituée par du tissu conjonctif lâche, ce qui a

[1] Voyez Follin, thèse de Paris, 1850, et Verneuil, *Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff.* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 58.)

[2] Gusserow, *Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 185.

[3] Voyez l'examen histologique fait par Malassez dans le cas publié par Pozzi, *Gaz. médicale*, 1879, p. 164.

[4] Les ovaires surnuméraires, que l'on observe dans les proportions de 4 à 5 cas sur 100 autopsies, jouent peut-être un rôle dans le développement de certains kystes du ligament large.

[5] Gusserow avait déjà fait cette observation, que les petits kystes du ligament large provenaient de l'organe de Rosenmüller, comme les petits kystes ovariques des follicules dilatés, tandis que les grands kystes observés par lui étaient de véritables kystômes. (Gusserow, *Ueber Cysten der breiten Mutterbandes, Arch. f. Gyn*, 1876, t. IX, p. 481.)

été donné comme un signe différentiel entre les deux. Les faisceaux de fibres musculaires lisses, considérés comme caractéristiques des kystes du ligament large[1], se rencontrent également dans ceux de l'ovaire[2]. La présence d'un pédicule est l'exception, et son absence coïncide bien plus souvent avec les premiers qu'avec les seconds.

Le contenu des cavités varie, et paraît être en rapport avec le revêtement épithélial. Le plus ordinairement il consiste en un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, présentant un faible poids spécifique. On n'y rencontre, en général, que des traces d'albumine et une forte proportion de chlorures. Ces caractères du liquide n'ont rien d'absolument certain et ne constituent que des signes de probabilité.

On a également signalé, dans le ligament large, l'existence de kystes hydatiques[3] et dermoïdes[4].

Symptômes. — Tant que les kystes du ligament large n'atteignent qu'un faible volume, ils ne donnent lieu à aucun symptôme et passent inaperçus. Même quand leur développement augmente, les troubles fonctionnels sont peu accusés, et la santé générale se conserve bonne pendant longtemps. On observe, quelquefois, des manifestations morbides du côté de la miction ou de la défécation. La menstruation se maintient, généralement, dans ses conditions physiologiques, et n'est qu'exceptionnellement modifiée. Au moyen du palper et du toucher combinés, on constate l'existence d'une tumeur indolente, arrondie, lisse, sans bosselures. La fluctuation y est ordinairement facile à percevoir. La poche kystique est accessible par le vagin, dans lequel elle fait souvent une

[1] Spiegelberg, *Arch. f. gyn.*, 1870, t. I, p. 485.

[2] Voyez page 595.

[3] Voyez Davaine, *Traité des entozoaires*, et Charcot, *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin.* (*Mém. de la Société de biologie*, 1852, t. IV, p. 101, et Schatz, *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, p. 142.)

[4] Voyez L. Anger, *Société anatomique*, 1874, et *Progrès médical*, 1874, p. 281.

saillie assez accusée. L'utérus, le plus habituellement porté en haut et en arrière, est dévié d'une façon variable. Le ventre est arrondi, étalé sur les flancs, moins proéminent en avant que pour les kystes ovariques. Il existe à la partie antérieure une zone de matité fixe, ne se déplaçant pas sous l'influence des changements de position de la malade. La sonorité se retrouve en haut et sur les côtés. Ces tumeurs ont ordinairement une marche lente. La minceur des parois explique la fréquence plus grande des ruptures dans cette variété de kystes. C'est là un mode de terminaison souvent suivi d'une guérison définitive.

Diagnostic. — On pourrait confondre les kystes volumineux des ligaments larges, avec une série de tumeurs dont nous avons donné les signes distinctifs à propos des kystes de l'ovaire[1]. C'est surtout avec ces derniers que nous chercherons à faire ici le diagnostic différentiel. La conservation de la santé générale, malgré la présence d'une tumeur volumineuse dans le petit bassin, plaidera en faveur d'un kyste du ligament large. La forme du ventre est plus régulièrement arrondie sur les côtés, moins saillante en avant, que pour les productions ovariques.

Les rapports du néoplasme avec le diaphragme nous permettent de ne pas confondre les kystes du ligament large avec ceux développés aux dépens du foie ou de la rate. Dans ces derniers, la masse morbide suit le diaphragme dans les deux temps de la respiration, remonte et s'abaisse avec lui.

C'est surtout dans la nature du contenu qu'on a cherché des moyens de diagnostic. On a dit que les cellules à cils vibratiles se rencontraient plus fréquemment pour les kystes du ligament large, et que leur présence dans le liquide obtenu par une ponction était en faveur de cette hypothèse. Or, l'épithélium à cils vibratiles existe aussi souvent dans

[1] Voyez page 604.

les kystes de l'ovaire. L'épithélium caliciforme, considéré comme un élément important de différenciation[1], n'a qu'une signification minime, car on le trouve également dans les tumeurs développées en dehors de l'ovaire. Il en est de même des globules blancs et rouges du sang, des cellules graisseuses et des cristaux de cholestérine, qu'on peut observer dans les deux. La présence de poils, de matière sébacée, ou de crochets d'échinocoques, indiquerait la nature dermoïde ou parasitaire du kyste.

Les propriétés chimiques du liquide sont aussi des signes de grande valeur. S'il est transparent comme de l'eau de roche, d'une faible densité, contenant peu d'albumine et beaucoup de chlorures, on est en droit de supposer une tumeur du ligament large. L'absence de paralbumine augmenterait encore les probabilités, sans être non plus pathognomonique, comme on l'a dit dans plusieurs travaux, même des plus récents[2]. Car la paralbumine a été observée dans des kystes du ligament large[3].

On voit, d'après le résumé de ces faits, que le diagnostic entre les productions kystiques de l'ovaire et du ligament large n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire d'après certains auteurs. Quelques-uns des caractères que nous avons énumérés sont des signes de probabilité plus ou moins grande; mais aucun d'eux n'est absolument pathognomonique, et un diagnostic clinique certain nous paraît impossible à établir aujourd'hui, dans l'état actuel de nos connaissances[4].

[1] Duplay, *Progrès médical*, 1879, p. 58.

[2] Lesavre, *Contribution à l'étude des kystes para-ovariques*. (Thèse de doctorat, Paris, 1879, p. 37.)

[3] Spiegelberg, *loc. cit.*, p. 483.

[4] Le précipité produit dans un liquide albumineux par l'acide nitrique augmente si on ajoute de l'acide acétique, tandis qu'il se redissout sous l'influence de ce même acide s'il est dû à de la paralbumine. C'est là le caractère différentiel qui distingue les deux substances, *albumine* et *paralbumine*.

Pronostic. — Le pronostic de cette variété de kyste est beaucoup plus favorable que celui des kystes de l'ovaire. Leur marche lente, le peu d'atteinte qu'ils portent à la santé générale, nous expliquent cette différence. En outre, les premiers sont le plus souvent unis ou pauciloculaires, ne présentant que peu d'adhérences, leur contenu est limpide et sans consistance, toutes conditions très avantageuses. Plus le liquide est transparent, d'un faible poids spécifique, et pauvre en albumine, plus le pronostic est bénin, et la guérison possible sous l'influence d'une simple ponction.

Étiologie. — Les kystes du ligament large se développent presque toujours chez des femmes jeunes, dans la phase d'activité génitale. Ils sont très rares dans les périodes avancées de la vie. Nous n'en avons trouvé rapporté qu'un seul cas, chez une malade âgée de 66 ans[1]. On les observe aussi bien chez les femmes stériles que chez celles qui ont eu des enfants. Ils sont beaucoup moins fréquents que les kystes de l'ovaire, dans la proportion de 4 à 7 pour 100 environ[2].

Traitement. — Ces kystes paraissent guérir, assez souvent, à l'aide d'une simple ponction. On a proposé de la pratiquer avec un gros trocart, ou avec un trocart de trousse adapté à un tube en caoutchouc faisant office de siphon (Panas). Nous préférons l'emploi d'un appareil aspirateur, en ayant soin de faire pénétrer profondément la canule, comme nous l'avons indiqué à propos du traitement des kystes ovariques[3].

Si, après une première ponction, le liquide se reproduisait, on pourrait en pratiquer une seconde. Dans le cas où ce moyen échouerait, il nous resterait la ressource de l'ova-

[1] Schatz, *Sehr grosse Cyste der Ligamentum latum.* (*Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, p. 142.)

[2] Lesavre, thèse citée, p. 24.

[3] Voyez page 616.

riotomie. Cette opération est, en général, moins grave pour les tumeurs kystiques du ligament large, à cause de la rareté des adhérences et du contenu fluide de la poche. Elle peut présenter quelques indications particulières. D'abord la rupture des parois avant l'évacuation de la cavité se produirait avec plus de facilité. Ensuite l'absence de pédicule force à apporter quelques légères modifications dans certains temps du manuel opératoire.

La ponction, suivie d'injection iodée, nous paraît présenter d'aussi grands dangers et moins de chances de guérison radicale que l'ovariotomie. Aussi conseillerions-nous de préférence ce dernier mode de traitement, dans la plupart des cas de kystes de cette région ayant résisté à la ponction simple.

Tumeurs solides des ligaments larges.

Les *tumeurs fibreuses*, observées dans le ligament large, proviennent presque toujours de corps fibreux développés aux dépens de l'utérus, s'étant frayé un chemin entre les deux feuillets du péritoine[1]. Le pédicule qui les reliait à l'organe utérin peut persister ou s'atrophier. Virchow admet, en outre, l'existence de fibromyomes développés primitivement dans le tissu des ligaments[2].

De petites excroissances fibreuses se voient à la suite des inflammations, ou même en l'absence de cause phlegmasique, sur divers points des ligaments larges. On rencontre également des productions fibreuses, de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un pois, simulant des ovaires surnuméraires, par la présence dans leur stroma de cavités kystiques tapissées d'épithélium vibratile[3]. Sans l'aide du

[1] Klob, *loc. cit.*, p. 389.

[2] Virchow, *Pathol. des tumeurs*, trad. franç., t. III. p. 412.

[3] *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1876, t. XXVIII, p. 372.

microscope, il est impossible de préciser leur nature. On n'a, jusqu'à présent, rattaché la présence de ces néoplasies de volume minime à aucune manifestation pathologique. Elles n'offrent donc qu'un intérêt purement anatomique.

Les *tumeurs fibro-cystiques* se rencontrent rarement dans cette région, indépendamment de celles qui proviennent des parois utérines[1]. Le *cancer* et les *tubercules* ne présentent aucune particularité quand ils envahissent les ligaments larges, et ne sont qu'une localisation de ces diathèses sur un point de la cavité péritonéale.

Les *ligaments ronds* peuvent faire défaut, soit isolément, soit, plus fréquemment, de concert avec l'utérus ou les trompes. Ils subissent une augmentation de volume pendant la gestation et entrent pour une certaine part dans quelques déviations utérines[2]. Les tumeurs développées aux dépens des ligaments ronds présentent un intérêt clinique, par leur ressemblance avec quelques variétés de hernies. Elles sont formées, dans certains cas, par *une dilatation veineuse*[3]. D'autres fois elles consistent en une accumulation de sérosité, désignée sous le nom d'*hydrocèle du ligament rond*. Le liquide siège tantôt en dehors, tantôt en dedans du diverticulum péritonéal, qui persiste exceptionnellement chez l'adulte. La tumeur qui en résulte, transparente, molle, du volume d'un œuf, a été confondue avec une hernie et traitée comme telle, au grand détriment des malades[4]. Du reste, la hernie de l'ovaire accompagne quelquefois cette anomalie.

[1] *Beiträge Zur Diagnostik der chronischen Unterleibsgeschwülste* von Schetelig in Hamburg. (*Arch. f. Gyn.*, t. I, p. 425.)

[2] Voyez page 475.

[3] Cruveilhier, *Société anatomique*, 1827, t. I, p. 109, et *Anat. descript.*, t. III, p. 710.

[4] Le ligament rond se développe aux dépens du ligament de Hunter (*gubernaculum Hunteri*), qui joue un rôle important dans la descente du testicule chez le mâle. (Voyez à ce sujet Kölliker, *Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere;* Leipzig, 1879, p. 960 et 995.)

DE LA STÉRILITÉ[1]

La stérilité ne constitue pas une affection proprement dite. Elle résulte d'une série d'altérations, dont la plupart ont déjà été signalées dans le courant de ce livre. En faire l'histoire serait reprendre de nouveau l'étude de presque toute la pathologie des organes génitaux. C'est donc à un point de vue d'ensemble, et comme un résumé général, que nous considérons ce chapitre, destiné surtout à passer en revue les différents moyens de remédier à cette anomalie fonctionnelle. La stérilité, par l'importance qu'elle présente, n'est pas seulement digne d'attirer l'attention du physiologiste et du médecin. Elle intéresse à un égal degré ceux qui s'occupent d'économie politique et de démographie[2].

L'inaptitude à reproduire résulte presque toujours d'une cause anatomique constatable, au moins après la mort. Car les trompes et les ovaires, dont le rôle est si important à cet égard, sont le plus souvent inaccessibles pendant la vie. Nos connaissances relativement à l'infécondité et à son traitement se sont améliorées, à mesure qu'on a mieux étudié les lois de la procréation. Malgré les progrès considérables accomplis depuis quelques années dans cette branche de nos études, beaucoup de points restent encore obscurs. La solution d'un problème ne nous sert, dans bien des cir-

[1] Sans vouloir nous étendre sur une discussion de mots, nous rappellerons ici qu'on ne doit pas confondre l'*impuissance* et la *stérilité*, la première n'étant qu'une des nombreuses causes de la seconde. On désigne sous le nom d'impuissance les troubles de l'acte copulateur chez l'homme et chez la femme, et on range dans la stérilité toutes les conditions morbides qui, dans les deux sexes, empêchent la reproduction d'un nouvel être. — Roubaud, *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme*, 3e édition, Paris, 1876, p. 4.

[2] Voyez, sur ce sujet, les nombreux travaux de M. Bertillon, et en particulier l'article *Natalité* de cet auteur, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. II, 2e série, p. 444.

constances, qu'à en entrevoir de nouveaux et à chercher à les résoudre à leur tour. Aussi, devons-nous commencer par exposer ici l'état de nos connaissances actuelles au sujet de la fécondation.

Nous savons aujourd'hui que ce phénomène résulte de la réunion et de la fusion de deux éléments, l'*ovule* et le *spermatozoïde*. Ce fait, maintenant acquis à la science, a mis bien longtemps avant d'être péremptoirement démontré et admis par tous les physiologistes. Les théories relatives à la reproduction des êtres ont varié avec les époques.

Pour Hippocrate[1], les ovaires et leur rôle dans l'organisme étaient absolument inconnus, et la reproduction de l'être résultait du mélange de deux fluides qui provenaient de toutes les parties du corps. La doctrine d'Aristote[2], obligatoire dans l'enseignement il y a relativement si peu d'années encore, se rapprochait beaucoup de celle d'Hippocrate, quoique son auteur la crût très différente. Tous deux, en effet, admettaient le mélange des deux liquides mâle et femelle; seulement, pour Aristote, le liquide femelle était représenté par le produit de l'écoulement menstruel. Galien[3], ayant disséqué de nombreuses femelles d'animaux, commença à comprendre le rôle des ovaires et pensa qu'ils étaient chargés de sécréter le liquide femelle, dont le mélange avec le liquide mâle devait former l'embryon.

Au dix-septième siècle, Harvey émit le premier l'idée que tous les animaux provenaient d'un œuf[4]. Toutefois, Harvey ne donnait nullement à l'œuf des mammifères la même signification qu'à celui des oiseaux. Il croyait que la liqueur séminale, exhalée par la matrice ou les trompes utérines plu-

[1] Hippocrate, *De la génération* (trad. Littré, t. VII, p. 741).
[2] Aristote, *De generatione animalium* (Parisiis, 1524, lib. I, cap. XIX).
[3] Galien, *De semine*, lib. II, cap. I.
[4] Harvey, *Exercitationes de generatione animalium*, Amstedolami, 1651 p. 757.

sieurs jours après la conception, se façonnait ensuite en ce qu'il appelait un œuf. Vers 1667, Sténon[1] et van Horne[2] émirent l'opinion que les mammifères pourraient bien provenir d'un œuf comparable à celui des oiseaux. Mais ce fut Regnier de Graaf qui démontra, par des expériences répétées, qu'à chaque conception, on rencontre dans l'ovaire la rupture des follicules auxquels on a, avec toute justice, conservé le nom de cet anatomiste. De Graaf semble avoir commis l'erreur de prendre les follicules pour l'œuf lui-même. Cependant, en lisant attentivement son œuvre et en examinant les figures qui y sont annexées, on voit qu'il était bien près de la vérité, et qu'il aurait certainement fait faire un pas de plus à sa découverte si, à l'âge de trente-deux ans, la mort n'était venue interrompre ses recherches[3].

Malgré la découverte de de Graaf, et près d'un siècle après lui, Buffon[4] soutint à son tour une théorie de la fécondation, qui, sous une forme en apparence nouvelle, n'était que la reproduction de l'hypothèse des deux fluides des anciens. Ce n'est qu'en 1827, que Baer[5] démontra l'existence de l'ovule chez l'homme et les autres mammifères. Peu avant, en 1825, Purkinje[6] avait découvert la vésicule germinative des oiseaux. Baer considéra l'ovule des mammifères comme l'analogue de la vésicule de Purkinje. C'était là une erreur. Elle fut rectifiée par Coste[7], qui décrivit, en 1834, la vésicule germinative dans l'œuf des mammifères. Enfin, en 1835[8], la découverte des taches germinatives par Wagner

[1] Stenon, *Elem. myol. spec.; Hist. dissecti piscis ex canum genere*, Florentiæ, 1667, p. 117.

[2] *Prodr. Observ. circa part. genit. in utroque sexu*, Lugduni Batavorum, 1668.

[3] Regneri de Graaf, *Opera omnia*, Lugd. Batav., 1677, p. 504 et tab. XIV.

[4] Buffon, *Hist. nat.*, Paris, 1776, t. IV, p. 205.

[5] Baer, *Lettre sur la formation de l'œuf*, 1827; trad. franç., Paris, 1829.

[6] Purkinje, *Symbolæ ad ovi historiam ante incubationem*, Leipzig, 1825.

[7] Coste, *Recherches sur la génér. des mammifères*, Paris, 1834.

[8] Wagner, *Einige Bemerkungen und Fragen über Keimbläschen.* (*Müllers Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1835, p. 373.)

termina, pour ainsi dire, l'histoire ancienne de l'ovaire, pour commencer celle des résultats obtenus par les histologistes modernes, dont nous avons précédemment exposé les principaux[1].

En même temps que de Graaf démontrait le véritable rôle de la glande ovarique dans les phénomènes de reproduction, Ham et Leeuwenhoek[2] constatèrent l'existence des spermatozoïdes, dans la liqueur séminale de l'homme et de plusieurs autres animaux.

Les travaux les plus récents des embryologistes montrent que, au moins chez certaines espèces, les deux éléments mâle et femelle ont une origine blastodermique différente, l'ovule se développant aux dépens des cellules de l'endoderme et le spermatozoïde provenant de l'ectoderme[3]. D'où la définition donnée par E. van Beneden : « La fécondation consiste dans l'union d'une cellule endodermique avec des éléments ectodermiques[4]. »

Chez les animaux supérieurs et chez l'homme, les deux facteurs, étant émis par des individus différents, ont besoin, à la suite du rapprochement sexuel, de se rencontrer et de trouver des conditions favorables au développement du nouvel être. Ceci nous conduit à rechercher le point où se produit la fécondation[5]. Des opinions différentes ont été émises

[1] Voyez page 531.

[2] Leeuwenhoek, *Observ. de natis e semine genitali animalculis* (*Philosophical transactions*, 1677, t. XII, p. 1040); voyez également, pour l'historique de la question, Milne-Edwards, *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, t. VIII, p. 339.

[3] E. Van Beneden, *De la distinction originelle du testicule et de l'ovaire.* (*Bullet. de l'Acad. de Belgique*, 1874, et *Journal de Zoologie*, de P. Gervais, t. III, n° 5.)

[4] *La maturation de l'œuf, la fécondation et les premières phases du développement embryonnaire des mammifères*, par E. Van Beneden. Bruxelles, 1875, p. 5.

[5] D'après Balbiani, il existe une sorte de fécondation préalable qui consiste en une conjonction de l'ovule avec les cellules épithéliales de la paroi, et l'ovule devient mâle ou femelle, selon que le travail physiologique siège principalement dans les cellules pariétales ou autour de la cellule centrale. (Balbiani, *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1874, p. 1594.)

à ce sujet par les physiologistes. Tandis que, pour les uns, ce serait l'ovaire[1] ou l'extrémité abdominale des trompes, pour d'autres, ce serait l'utérus[2]. Nous croyons que cette divergence tient à ce qu'on a généralisé à toutes les espèces animales, les faits observés sur une en particulier. Il parait bien démontré, en effet, que pour le lapin par exemple, l'ovule s'entoure d'une couche albumineuse épaisse, qui mettrait obstacle à la pénétration des spermatozoïdes au delà d'un certain trajet dans la trompe[3]. Les mêmes conditions n'existent pas pour tous les animaux, et nous ne voyons pas de raison pour repousser, chez la femme, la possibilité d'une fécondation depuis l'ovaire jusqu'à la cavité du corps de l'utérus. La plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui, cependant, pour considérer la partie supérieure de la trompe comme le siège le plus fréquent de la rencontre des deux éléments[4].

L'ovule et les spermatozoïdes, après leur émission, cheminent l'un vers l'autre. D'abord, l'ovule, expulsé du follicule avec les cellules du disque proliger qui l'environnent, s'engage dans le pavillon de la trompe. On a admis que, sous l'influence des fibres musculaires lisses qui entrent dans la structure des ligaments, ce pavillon vient s'appliquer sur la surface ovarique dont il est séparé par une assez grande distance, pour recevoir le contenu folliculaire[5].

[1] Pouchet, *Théorie positive de l'ovulation*, p. 371.

[2] Coste, *Détermination précise du lieu où s'opère la fécondation chez les vertébrés supérieurs* (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1850, t. XXX, p. 691), et *Histoire du développement des corps organisés*, 1859, t. II, p. 83.

[3] Wharton Jones, *On the first changes in the ova of mammifera in consequence of impregnation*. (*Philos. Trans.*, 1837, p. 339.)

[4] Van Beneden n'a jamais observé, chez le lapin, de spermatozoïdes sur un œuf ovarien ou dans un follicule. D'autres auteurs en ont vu dans la cavité péritonéale, mais il ne paraît pas probable qu'un spermatozoïde puisse parvenir jusqu'à l'ovule à travers les parois du follicule et avant sa déchirure.

[5] Rouget, *Journal de Physiologie, de Brown Sequard*, 1858, t. I, p. 745.

Nous croyons plutôt, d'après les recherches contemporaines, que la progression de l'ovule a lieu sous l'influence des cellules à cils vibratiles qui revêtent le voisinage de l'extrémité tubaire[1]. La continuité directe de cet épithélium avec celui de l'ovaire n'est même pas nécessaire pour expliquer cette migration. On sait que les éléments vibratiles déterminent, à distance, des courants dans les liquides ambiants[2]. On comprend l'importance de l'intégrité de cette zone épithéliale, relativement à la stérilité. Si les cellules vibratiles ont disparu sous l'influence d'une inflammation par exemple, l'ovule ne peut plus atteindre la trompe et tombe dans la cavité péritonéale où il se résorbe, à moins que la fécondation ayant eu lieu sur l'ovaire, il n'en résulte une grossesse extra-utérine. Une fois entré dans l'oviducte, l'œuf continue à cheminer sous la même influence des cils vibratiles qui tapissent la muqueuse. Peut-être aussi sa marche est-elle accélérée par les mouvements péristaltiques des parois tubaires; car on a observé que plus les trompes étaient contractiles, plus il cheminait vite[3]. Arrivé dans la cavité utérine, l'ovule fécondé doit pouvoir trouver les conditions nécessaires à son développement jusqu'au terme de la gestation.

La pénétration et la progression des spermatozoïdes se font principalement sous l'influence de leurs mouvements propres[4]. D'autres conditions ont été considérées comme facilitant leur accès dans la cavité utérine. On a invoqué la

[1] Voyez page 641.

[2] Voyez Becker, *Moleschotts Untersuchungen zur Naturlehre*, vol. II, p. 71.

[3] Voyez page 642.

[4] Les spermatozoïdes parcourent environ 1 à 2 millimètres par minute. (Voyez, à ce sujet, Balbiani, cours professé au Collège de France, 1878 (*Revue internationale des sciences*, p. 676), mais leurs mouvements sont ralentis par les courants dus aux cils vibratiles, qui ont une direction inverse. Aussi, dans l'utérus et les trompes, les spermatozoïdes ne parcourent guère que 1 centimètre par heure. (Voyez Schrœder, *loc. cit.*, p. 63.)

disposition des replis de la muqueuse cervicale[1]. On a supposé également que le mucus alcalin du col était projeté hors de la cavité cervicale, sous l'influence d'une sorte d'érection, et ramené ensuite par le retrait des tissus, après s'être mélangé aux spermatozoïdes. C'est encore un processus du même genre qui a fait admettre l'aspiration du liquide fécondant par le museau de tanche.

Beigel attache une grande importance à la disposition normale de l'utérus, dont la lèvre postérieure appuie contre le cul-de-sac postérieur du vagin, de façon à emprisonner le sperme et forcer pour ainsi dire ses éléments à se diriger vers l'orifice cervical[2]. C'est ainsi que s'expliquerait la stérilité consécutive à l'hypertrophie d'une des deux lèvres. Quelle que soit la valeur de ces conditions accessoires, on ne peut les considérer comme nécessaires. Nous n'en voulons d'autre preuve que les cas de fécondation, malgré la persistance d'un hymen ne présentant qu'une ouverture minuscule.

Le principal agent de progression des éléments spermatiques réside, sans aucun doute, dans leurs mouvements propres[3]. Quelques auteurs leur ont même attribué une sorte d'impulsion intérieure, de volonté, qui les dirige vers un but déterminé[4]. La rencontre des deux éléments ne suffit pas; il faut encore que le spermatozoïde pénètre à travers la membrane vitelline jusqu'à la surface du vitellus, et c'est alors que commencent les phénomènes de fractionnement.

[1] Loth, *Zur Anatomie und Physiologie des Cervix Uteri*, Erlangen, 1872.

[2] Beigel désigne ce point sous le nom de *receptaculum seminis*. (*Loc. cit.*, p. 302.)

[3] D'après Hensen, c'est environ 13 heures après le coït que les spermatozoïdes pénètrent dans l'ovule du lapin. (Hensen, *Beobachtungen über die Befruchtung und Entwickelung der Kaninchens und Merschweinchens*, *Centralblatt*, 1876, p 441.)

[4] Balbiani, *loc. cit.*, p. 677. Voyez aussi, relativement à cette question, Balbiani, *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. LXVIII, 1869.

Pour expliquer cette pénétration, on a admis l'existence d'un micropyle, constaté dans certaines espèces, mais qui ne s'observe pas chez les animaux supérieurs. On a voulu faire jouer un rôle aux cellules du disque proligère, qui accompagnent l'ovule après son expulsion du follicule. Ces cellules semblent quelquefois, opposer une barrière à l'introduction du spermatozoïde, ainsi qu'il ressort des expériences de fécondation artificielle hors du corps de la mère, entreprises par Schenk sur des mammifères[1]. Pendant la vie, la membrane vitelline des œufs de mammifères est molle, peu résistante, et on comprend que l'élément fécondant puisse la traverser, sous la seule influence de son mouvement propre, ou peut-être d'une force osmotique.

Le nombre des spermatozoïdes pénétrant dans l'ovule a une certaine importance relativement à l'évolution définitive de l'embryon. Il résulte des expériences de Newport que, si ce nombre est insuffisant, le germe commence à se développer, mais avorte[2]. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'importance de ces études physiologiques par rapport à tout ce qui concerne la stérilité.

On est arrivé aujourd'hui, comme nous l'avons déjà dit, à cette notion précise, que pour qu'il y ait fécondation[3], il faut le contact des deux éléments, *ovule* et *spermatozoïde*. D'où on avait conclu que toute femme bien réglée expulsait un ovule chaque mois, et que tout homme dont le liquide fécondant contenait des spermatozoïdes était apte à se reproduire. Pour que cette opinion soit vraie, il faut ajouter que les deux facteurs doivent être *dans un état nor-*

[1] Schenck, *Miltheil. aus dem embryol. Instit.*, in Wien, 2 Heft, 1878, cité par Mayrhofer; *Von der Unfruchtbarkeit der Weiber*. Stuttgart, 1878, p. 39.

[2] Newport, *Philos. transact.*, 1850, p. 210.

[3] Nous ne parlons ici que de l'homme ou des animaux supérieurs; nous n'avons donc pas à nous occuper des cas curieux de *parthénogénèse* observés dans certaines espèces, en particulier pour les pucerons.

mal, et c'est là un point encore très obscur de la question qui nous occupe. Nous ne connaissons pas les altérations que peut subir l'ovule, soit dans l'ovaire, soit pendant les premières phases de sa migration. Nous ne sommes guère plus avancés en ce qui concerne les spermatozoïdes. L'action de divers agents sur ces derniers éléments a cependant été étudiée. Leurs mouvements ne se maintiennent qu'à une certaine température et cessent au-dessous de 10 degrés ou au-dessus de 50 degrés centigrades. Les acides, même à doses très faibles, tuent les spermatozoïdes, les milieux alcalins les conservent. L'eau pure, et surtout l'eau distillée, est un poison violent pour ceux des animaux supérieurs. Du reste, la densité de la solution employée a une très grande importance. Ainsi une solution de glucose à 15 pour 100 est indifférente ou accélère leurs mouvements; elle les abolit à 30 pour 100 et devient mortelle si sa densité ne dépasse pas 1010[1]. C'est, croyons-nous, dans les différences physiologiques que peuvent présenter les ovules ou les spermatozoïdes des divers sujets, qu'on doit chercher l'explication d'un grand nombre de faits de stérilité relative. Rien ne s'oppose, en effet, à admettre que, chez certaines femmes, l'ovule offre une plus grande résistance, ou que chez certains hommes, l'activité des spermatozoïdes est moins vive que chez d'autres. Nous avons observé des faits cliniques pouvant recevoir cette interprétation. Il s'agit d'hommes inféconds, quoique parfaitement puissants, chez lesquels les éléments spermatiques étaient en grande partie immobiles, ou perdaient leurs mouvements très peu de temps après l'émission.

Aussi n'est-il pas rare de voir deux individus stériles, dans leurs rapports réciproques, devenir productifs, chacun de

[1] Balbiani, *loc. cit.*, p. 678.

leur côté, après une nouvelle union. Nous faisons encore rentrer dans les faits de stérilité relative, ces curieuses observations d'infécondité chez les femmes métis qui n'ont qu'un huitième de sang noir (octooron), tandis que jusque-là les mélanges de ce genre sont au contraire très fertiles[1].

L'étude de ces divers phénomènes physiologiques nous conduit à admettre que l'acte de la reproduction exige pour s'effectuer les conditions suivantes : que l'ovule se développe normalement, et ait la possibilité de quitter l'ovaire, de passer dans la trompe et de cheminer jusque dans l'utérus; que les organes de la femme permettent le dépôt du sperme dans le vagin, que celui-ci soit normal, pas altéré par des agents chimiques, principalement par l'acidité des sécrétions, et que les spermatozoïdes soient forcés de se diriger vers le col; qu'il n'y ait pas d'empêchement à leur pénétration à travers les trompes, et que les deux éléments mâle et femelle se rencontrent dans leur trajet, entre l'ovaire ou l'orifice abdominal des trompes et l'isthme de l'utérus. Enfin, ce dernier organe doit présenter les conditions nécessaires au développement de l'embryon jusqu'au terme de la gestation. Selon que ces divers processus seront plus ou moins entravés, la conception sera rendue plus difficile ou complètement empêchée[2].

Voyons maintenant quels sont les obstacles qui se présentent dans l'accomplissement de ces phases multiples.

Nous ne savons que peu de chose relativement aux altérations que peut subir l'ovule. Chez l'enfant et même chez

[1] Bischoff, *Centralblatt f. Gyn.*, 1877, p. 270. On a également signalé à Java, chez les *Lipplappens* ou métis de Hollandais et de Malais, un mode particulier de stérilisation extrêmement curieux. En s'unissant entre eux, les Lipplappens, dès la troisième génération, ne feraient plus que des filles, et celles-ci seraient toujours stériles. (Broca, *Instructions générales pour les recherches anthropologiques*, Paris, 1879, p. 209.)

[2] Voyez, sur la fécondation après l'accouchement, Meisner, *Arch. f. Gyn.*, t. II, p. 401.

l'adulte, un assez grand nombre de follicules s'atrésient et l'ovule disparaît peu à peu sans avoir été expulsé. Certaines fièvres graves et quelques maladies générales, la tuberculose par exemple, semblent agir sur l'activité de ce mécanisme régressif[1]. On est en droit de supposer que, poussé au delà de ses limites physiologiques, ce processus arrive à détruire tous les follicules et à causer par conséquent une stérilité absolue. C'est là une hypothèse admissible, mais nullement prouvée.

Les kystes ovariques sont aussi une cause de stérilité : ou parce que les deux glandes ont été détruites, ou lorsque les follicules restants sont dans une situation telle, que la progression de l'œuf jusqu'à l'orifice tubaire est impossible. L'expulsion ovulaire peut être entravée par l'épaississement des parois du follicule. Le même obstacle est encore plus souvent constitué par des néomembranes, qui entourent la glande d'une véritable coque fibreuse. D'autres empêchements à la pénétration de l'ovule proviennent de la trompe, soit fixée, soit oblitérée par des adhérences. Ces néoplasies d'origine inflammatoire n'existent, parfois, que dans quelques points, et ne sont pas reconnaissables sur le vivant[2]. D'autres fois, l'obstacle résulte de rapports anormaux entre les deux organes, ou d'un des nombreux vices de conformation que nous avons décrits dans le courant de ce livre. Plus l'ovaire est gros, plus il y a de chances pour que l'ovule ne parvienne pas jusqu'à l'oviducte. De petits kystes développés entre l'ovaire et la trompe peuvent aussi empêcher la migration de l'œuf. Il en est de même de la disparition de l'épithélium vibratile dans cette même région. La salpingite, en transformant la structure de la mu-

[1] Voyez page 536.

[2] Voyez Davaine, *Bulletins de la Société de biologie*, 1877, p. 15. — Observation recueillie dans le service de M. Laboulbène.

queuse et faisant disparaître les nombreux replis qu'elle présente à l'état normal, est une cause fréquente de stérilité. En outre, l'ovule, se trouvant au milieu de détritus formés d'éléments dégénérés et mélangés à des produits purulents, sera dans des conditions moins favorables à la fécondation. Le gonflement catarrhal de la muqueuse suffit, quelquefois, pour oblitérer l'orifice tubo-utérin.

La métrite amène également ce rétrécissement, et on voit souvent la conception succéder à la guérison de ces lésions inflammatoires. Chez les prostituées, l'utérus est rarement sain, et c'est avec raison qu'on a considéré la métrite et la périmétrite comme une des nombreuses causes qui entraînent leur infécondité. Lorsque des femmes ainsi livrées à la prostitution cessent leur métier, se marient, elles deviennent quelquefois enceintes, sous la seule influence du repos relatif des organes génitaux, l'imprégnation ayant fait défaut jusqu'alors, malgré des rapprochements nombreux et variés continués depuis un grand nombre d'années[1].

L'atrésie vulvaire et la rigidité de l'hymen passent fréquemment inaperçues du mari, qui finit par déprimer les tissus et se créer ainsi une sorte d'infundibulum suffisant pour pratiquer le coït. La vulvite, l'inflammation de l'hymen ou des caroncules, l'hyperesthésie vulvaire, le vaginisme, les vices de conformation ou les néoplasmes du vagin, agissent à peu près de la même manière pour entraver la fécondation.

Nous avons déjà dit que les spermatozoïdes sont influencés par une foule d'agents différents. L'urine, si elle n'est pas altérée ni trop acide, n'a pas d'action sur leur vitalité, ce qui explique certains cas de grossesse avec fistules vésico-

[1] La fréquence des avortements aux premières périodes de la grossesse, signalée depuis longtemps par Parent du Châtelet, est également une cause de stérilité chez les femmes adonnées à la prostitution.

vaginales et oblitération du vagin. Le liquide des vésicules séminales, la lymphe, l'humeur aqueuse, conservent leurs mouvements. Les liquides acides du vagin les détruisent[1].

L'influence des solutions concentrées sur les éléments fécondants nous fait comprendre comment une abondante sécrétion purulente de l'utérus ou du vagin empêche l'imprégnation d'avoir lieu. L'action de la température sur leur activité explique, également, l'inconvénient des injections froides après le coït.

Tout ce qui gêne les rapports de l'orifice externe avec le cul-de-sac postérieur du vagin (*receptaculum seminis*) diminue les chances de conception, sans la rendre cependant impossible. Dans cette catégorie rentrent : la profondeur exagérée du cul-de-sac vaginal (fausse route vaginale de Pajot), les allongements, les hypertrophies partielles ou totales ou les absences du segment cervical. La sténose n'amène la stérilité que si elle est très accusée, et encore par un processus assez difficile à comprendre. Car là où passe un globule sanguin, un spermatozoïde doit pouvoir s'introduire. Les versions et les flexions n'entraînent guère l'infécondité que si elles sont compliquées de lésions inflammatoires, ou assez complètes pour rendre le col imperméable. Ce sont surtout les déplacements en arrière qui agissent dans ce sens, en éloignant l'orifice externe du *receptaculum seminis* (Beigel).

La plupart des empêchements déjà signalés pour la pénétration de l'ovule s'opposent également au cheminement du sperme. Cependant, quelques-uns présentent des conditions spéciales à cette dernière cause de stérilité. Tels sont les amas d'œufs de Naboth, la métrite du col, les polypes.

Enfin, il nous reste à considérer les cas où l'imprégnation

[1] Sous l'influence des rapprochements sexuels, l'acidité de la sécrétion vaginale diminue ou disparaît.

ayant eu lieu, l'utérus n'est pas dans des conditions favorables au développement complet de l'embryon. Sans vouloir nous étendre sur cette question, plutôt du domaine des traités d'accouchement, nous devons signaler comme causes les plus fréquentes de cette variété d'obstacle à la reproduction, la syphilis et l'anémie[1]. Certaines femmes avortent un grand nombre de fois, sans pouvoir amener une grossesse jusqu'à son terme. Ce n'est pas parce qu'un avortement prédispose à un autre, mais parce que la cause du premier subsiste.

De tout temps on a recherché quelles pouvaient être les conditions déterminant le *sexe de l'embryon*. Les anciens croyaient que l'ovaire droit produisait des garçons et le gauche des filles. On en a dit autant du testicule droit et gauche, et à la fin du siècle dernier, Henke soutenait encore cette opinion, que la femme pouvait choisir à volonté la sexualité de son rejeton, selon le côté où elle se couchait. Les observations et les expériences modernes ont mis à néant toutes ces opinions, en montrant que des femmes n'ayant qu'un ovaire procréaient des garçons et des filles, et que des animaux privés d'un des ovaires donnaient également des produits mâles et femelles. L'influence de l'âge, du plus ou moins de vigueur des deux procréateurs, ne repose non plus sur aucune preuve[2]. Thury avait prétendu que la féconda-

[1] Nous avons donné des soins à une femme de 20 ans, forte et bien constituée, ne présentant, ni elle ni son mari, aucun antécédent syphilitique, et qui avait eu 3 avortements successifs. Il était impossible de constater chez elle aucun autre état morbide qu'une anémie très accusée. Nous n'avions pas compté les globules, mais un examen histologique superficiel suffisait pour en constater la diminution. Du reste, pâleur des téguments, souffles vasculaires, troubles respiratoires, rien n'y manquait. Toutes ces manifestations pathologiques disparurent sous l'influence du fer et du quinquina associés à l'hydrothérapie, et avec eux la disposition à l'avortement, car cette femme a accouché depuis de deux beaux enfants à terme et ayant survécu.

[2] Les faits observés pour les plantes, que la chaleur, la lumière, la sécheresse, développent de préférence des fleurs mâles, tandis que l'obscurité, l'humidité et l'eau développent des fleurs femelles, ne peuvent guère s'appliquer à l'homme. Voyez, à ce sujet, Schrœder, *Traité d'accouchement*, trad. franç., p. 27.

tion ayant lieu au début du rut produisait des femelles, et à la fin du rut des mâles[1]. Ces résultats n'ont pas été confirmés par les recherches de Coste sur ce sujet[2]. Aussi, aujourd'hui, ne savons-nous encore rien de certain sur les causes de la sexualité.

Après avoir étudié les principales conditions anatomiques et physiologiques de la stérilité, il nous reste à résumer, au point de vue pratique, la conduite que doit tenir le médecin consulté pour des cas de ce genre. Il faut d'abord chercher dans l'aspect extérieur et l'interrogatoire des malades, l'explication de cette inaptitude à la fécondation. C'est ainsi qu'un état d'obésité très accusée peut suffire pour nous éclairer. La durée, l'abondance, la facilité des règles, seront examinées avec soin. Les antécédents, surtout les avortements passés inaperçus dans les premières périodes du mariage, sont, comme nous l'avons déjà dit, le point de départ fréquent de la stérilité. Beaucoup de femmes n'avaient jamais souffert aux époques menstruelles avant les premiers rapprochements, qui accusent, au contraire, depuis, de violentes douleurs au moment des règles. La détermination histologique des produits membraniformes expulsés de l'utérus dans ces conditions, ne devra jamais être négligée. Enfin, l'examen des organes génitaux nous fournira les renseignements nécessaires sur les nombreuses causes anatomiques précédemment signalées.

Pour beaucoup de gynécologistes, l'infécondité d'un mariage serait neuf fois sur dix imputable à la femme[3]. Nous renverserions volontiers la proposition en disant, que *plus d'un quart des stérilités matrimoniales provient du mari.*

[1] *Zeitschr. f. W. Zoologie*, 1863, t. XIII, p. 541.

[2] *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1863, t. LX, p. 941.

[3] Courty, *loc. cit.*, p. 1147.

C'est pourquoi, avant d'instituer un traitement destiné à la femme, nous conseillons toujours d'interroger le mari séparément. Des hommes possédant, en apparence, l'intégrité de toutes leurs fonctions génitales peuvent très bien avoir un sperme infécond. Ces conditions se développent sous l'influence de causes nombreuses, parmi lesquelles l'épididymite blennhorragique joue le rôle le plus important. L'examen histologique d'une goutte de sperme, portée sous le champ du microscope, nous permettra de résoudre la question, au moins en grande partie. On croit généralement que la présence des spermatozoïdes dans le liquide suffit pour démontrer ses propriétés fécondantes. Nous ne partageons pas cette manière de voir, et il nous a paru évident, dans quelques cas, que les spermatozoïdes existaient, mais ne possédaient pas leur agilité et leurs apparences normales[1]. Ils sont souvent plus petits, moins vifs et moins résistants, si bien qu'au lieu de conserver leurs mouvements pendant cinquante ou soixante heures, comme chez l'homme sain, le plus grand nombre les a déjà perdus au bout de quelques minutes, malgré des conditions de température et de milieu favorables. Nous avons observé des faits de ce genre, chez des sujets dont la santé générale était altérée. On a démontré, qu'à la suite de certaines maladies, le sperme subit des modifications qui diminuent sa vitalité[2]. Malgré toutes ces recherches, il y a encore des cas où la cause de l'infécondité nous échappe. Ceux-ci deviennent, cependant, de moins en moins nombreux, à mesure que nos connaissances s'étendent.

Traitement. — Ce que nous avons dit du traitement des divers états pathologiques dont dépend la stérilité, nous

[1] La longueur totale des spermatozoïdes de l'homme est ordinairement de 50 μ, la tête seule a 5 μ de long sur 4 μ de large et 1 à 2 μ d'épaisseur. (Pouchet et Tourneux, *loc. cit.*, p. 727.)

[2] Balbiani, *loc. cit.*, p. 675.

permettra d'être bref en ce qui concerne sa thérapeutique. Souvent la guérison de la maladie générale ou locale sera suivie à bref délai d'une conception. Nous avons décrit les différents modes d'intervention destinés à remédier aux rétrécissements du col[1] et aux allongements hypertrophiques. La dilatation lente, au moyen de bougies flexibles de plus en plus grosses, est un procédé que nous employons fréquemment. Le résultat, incontestable dans certains cas, de ce genre de traitement, a été diversement interprété. Quelques auteurs ont pensé que l'introduction de corps étrangers dans la cavité utérine agit plutôt en excitant le système génital, qu'en dilatant les orifices[2]. On a également essayé de lutter contre la contracture du col, surtout contre la contracture spasmodique, en laissant à demeure dans la cavité cervicale, pendant l'acte sexuel, une petite tige perforée[3].

Les injections vaginales avec des solutions alcalines tièdes, faites le soir en se couchant et conservées pendant quelques instants, seront un utile adjuvant[4]. Dans d'autres circonstances, la situation de l'utérus pourra donner des indications pour conseiller le coït de préférence dans telle ou telle position, ou pour faire porter à la femme un pessaire à anneau.

Enfin, quand tous les moyens ont échoué, que le liquide spermatique du mari présente toutes les conditions en apparence normales, on est en droit de pratiquer la fécondation artificielle, qui réussit dans un assez bon nombre de cas. Il

[1] Voyez page 270.

[2] Stefeld, *Bemärkninger on Sterilitet. Ugeskrift f. Läger.* R. 3, Bd. XIII, p. 553, analysé dans le *Jahresbericht*, 1872, t. II, p. 660.

[3] Ausländer, *Wiener medicin. Wochenschr.*, 1871; analysé dans le *Jahresbericht*, 1871, p. 560.

[4] Nous conseillons ordinairement pour cet usage, l'eau de Vichy, ou une solution avec 15 pour 100 de sucre et 1 à 2 pour 1000 de potasse caustique. Ce liquide conserve très longtemps les mouvements des spermatozoïdes et les leur rend même quand ils les ont perdus depuis peu.

est des circonstances, dans lesquelles cette opération ne saurait être tentée par un médecin scrupuleux. C'est là un chapitre de déontologie médicale que nous ne pouvons qu'indiquer, le laissant à l'appréciation de chacun.

Sans nous arrêter à décrire les divers procédés employés jusqu'à présent, nous exposerons brièvement celui dont nous faisons usage[1]. Il faut d'abord s'assurer de l'état de mobilité de l'utérus et de l'intégrité des culs-de-sac. Ensuite, tâter la sensibilité de l'organe, par quelques cathétérismes pratiqués de préférence avec une sonde flexible. Il ne s'agit plus alors que de se procurer du liquide fécondant du mari, qu'il ait été émis hors de la vulve ou dans le canal vaginal, et d'en aspirer quelques gouttes avec une seringue en verre à injections utérines. Nous adaptons à la seringue une canule en caoutchouc, qui est introduite au moyen de pinces à pansement et poussée jusqu'au fond de l'utérus, pour être sûr de dépasser l'orifice interne. On injecte alors deux ou trois gouttes du liquide en retirant légèrement l'instrument, qu'on laisse en place encore pendant 5 à 6 minutes. (La malade doit être placée sur le bord de son lit et le col mis à découvert au moyen d'un speculum de Cusco, le plus facile à maintenir). Chez certains sujets, au moment où la canule est retirée, le sperme est expulsé brusquement par les contractions de l'utérus. Nous nous contentons alors de retirer la seringue; la canule est laissée en place encore deux ou trois heures, et son orifice libre bouché par un petit morceau de bois entouré d'ouate. La femme doit garder le repos et ne pas quitter son lit de toute la journée.

Ordinairement, les malades n'éprouvent aucune souffrance, ni pendant ni après l'injection. Parfois elles accusent de lé-

[1] Cette expérience a été faite avec succès chez un mammifère (chez une chienne) par Rossi, dès 1782. (Voyez Spallanzani, *Expériences pour servir à l'histoire de la génération des animaux et des plantes*, Genève, 1785, p. 311.)

gères coliques. Chez quelques-unes, nous avons observé des douleurs abdominales assez violentes, disparues au bout de peu de temps. Dans ces derniers cas, la quantité de liquide injecté avait été un peu plus considérable.

Quel est le moment le plus favorable pour pratiquer la fécondation artificielle? Il est impossible de répondre d'une façon précise et scientifique à cette question. Nous savons, en effet, qu'un ovule n'est pas expulsé nécessairement à chaque époque menstruelle, et que l'imprégnation peut avoir lieu chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, ou qui ne le sont plus depuis longtemps. D'un autre côté, nous ignorons le temps que met l'ovule pour franchir la trompe [1], la période pendant laquelle il est apte à être fécondé [2]. Nous ne savons pas davantage combien dure la propriété reproductive des spermatozoïdes.

Dans ces conditions, nous sommes obligés d'agir un peu en aveugles. Cependant, comme il y a plus de probabilité pour qu'un follicule de Graaf se rompe sous l'influence de la congestion cataméniale, c'est la période qui suit les règles qu'on doit choisir de préférence pour opérer. Si cette tentative ne réussit pas, on peut la renouveler en variant les dates, la faire, par exemple, quatre à cinq jours avant le début de l'écoulement sanguin, ou enfin dans l'intervalle de deux époques. Les réussites obtenues après huit et dix tentatives infructueuses sont un encouragement à répéter un certain nombre de fois cette manœuvre, très inoffensive d'ailleurs, quand elle est faite avec les précautions voulues. Du reste, les femmes qui en ont subi une première se

[1] Ce temps varie selon les espèces ; il est d'environ 3 jours pour le lapin, de 4 à 5 pour les ruminants, de 8 à 10 pour le chien, d'où, par analogie, Bischoff avait conclu de 8 à 12 jours pour la femme.

[2] D'après Lœwenhardt, ce ne serait pas l'ovule de la dernière menstruation, mais celui d'une ovulation suivante, non accompagnée d'écoulement sanguin, qui serait fécondé. (*Arch. f. Gyn.*, t. III, p. 457.)

prêtent d'autant plus facilement à une suivante, qu'elles ont pu juger par elles-mêmes de son innocuité.

L'excision d'une partie du col, si souvent pratiquée par les chirurgiens américains, a donné certainement des succès[1]. Mais elle expose à quelques dangers, et on l'a vue amener des phlegmasies pelviennes durant des mois et des années, et pouvant même entraîner la mort. Aussi hésitons-nous, en général, à la conseiller, dans ces cas où la santé ni la vie de la femme n'est compromise, et dans le seul but, par conséquent, de faire cesser l'inaptitude à concevoir.

L'usage des eaux minérales rend journellement de grands services dans le traitement de la stérilité. Il n'est pas rare de voir des femmes, improductives depuis plusieurs années, devenir enceintes au retour d'une cure thermale. Les indications de telle ou telle source devront nécessairement varier selon les cas, et on comprend pourquoi tant de stations étrangères ont plus ou moins la prétention de posséder des propriétés (*Buben Quelle*) que nous trouvons tout aussi bien dans un bon nombre de nos eaux françaises.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES[2]

Anatomie pathologique. — On désigne sous le nom de *grossesse extra-utérine* (fig. 146), tous les cas où l'ovule fécondé se développe en dehors de la cavité de l'utérus. La possibilité pour les spermatozoïdes de parcourir un assez long trajet, nous est démontrée par les faits de conception malgré l'oblitération du vagin, quand il existe des fistules vésicales ou rectales, et que la fécondation s'est produite par une de ces deux voies. On a constaté la présence des élé-

[1] Sims, *loc. cit.*, page 179.

[2] Voyez, à ce sujet, les nombreuses observations contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

ments spermatiques jusque dans la cavité péritonéale et sur l'ovaire. Il est dès lors facile de comprendre toutes les variétés anatomiques de grossesse extra-utérine, qu'on a divisées en *ovarique*, *abdominale* et *tubaire*.

Lorsqu'après la déchirure du follicule, l'ovule n'est pas

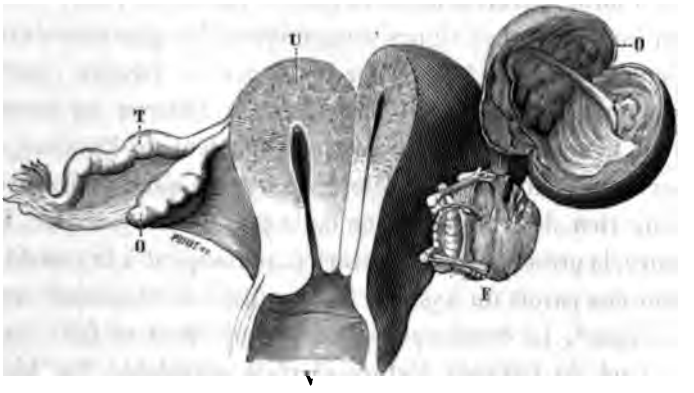


Fig. 146.— Grossesse extra-utérine (variété ovarienne) (d'après Cruveilhier).

U. Utérus verticalement divisé. — OO. Ovaires. Le droit, du volume d'un œuf de poule, a été ouvert et constituait une espèce de poche remplie par la masse placentaire. — F. Fœtus tenant à l'ovaire par un mince tractus. — T. Trompe gauche. — V. Vagin.

expulsé et qu'il est imprégné sur place, on a affaire à la première forme. S'il a quitté la cavité folliculaire, mais qu'il ne puisse pas pénétrer dans la trompe, il donne lieu à la variété abdominale. Cette entrave à la migration ovulaire peut dépendre de plusieurs causes. Ou bien les courants dus aux cils vibratiles n'existent plus, par disparition de ces éléments, peut-être même par arrêt momentané de leurs mouvements. Ou bien l'orifice tubaire est oblitéré, ou fixé loin de sa situation normale par d'anciennes adhérences. Enfin, lorsque l'ovule fécondé ayant pénétré dans l'oviducte est arrêté sur un point quelconque de son parcours, avant d'avoir atteint l'utérus, il y a grossesse tubaire.

La variété ovarique, niée par quelques auteurs, est au

moins très rare. La plupart des cas, signalés sous ce nom, étaient, ou des kystes dermoïdes[1], ou des grossesses vers l'extrémité libre de la trompe (ovario-tubaires), ou des grossesses abdominales dans lesquelles le placenta était venu se greffer à la surface de l'ovaire. Cependant, l'existence de cette forme paraît démontrée par les travaux les plus récents sur ce sujet[2]. Les signes anatomiques des grossesses ovariques sont caractérisés par l'absence de l'ovaire correspondant, par l'union du kyste fœtal à l'utérus au moyen d'un ligament nettement dessiné (ligament de l'ovaire), et par l'indépendance complète de la trompe qui ne doit entrer pour rien dans la formation de la poche embryonnaire. En outre, la présence du tissu ovarien, participant à la constitution des parois du kyste fœtal, confirme le diagnostic anatomique[3]. Le développement de l'ovule peut se faire dans le fond du follicule déchiré et resté perméable. Ou bien, après la fécondation, la perte de substance se cicatrise, et c'est le follicule lui-même qui se dilate pour constituer l'enveloppe externe de l'œuf. Ce processus a été comparé à ce qu'on croyait exister pour certains kystes de l'ovaire. Nous savons aujourd'hui que ces tumeurs se développent d'une façon toute différente[4]. Aussi ce mode de formation nous paraît difficile à admettre pour la grossesse ovarique, quand le produit de conception atteint des dimensions notables.

Dans la variété abdominale, l'ovule fécondé se fixe sur les points les plus divers. Il est quelquefois libre dans la cavité

[1] Spiegelberg a vu une grossesse ovarique coïncider avec un kyste dermoïde siégeant sur le même ovaire. (Spiegelberg, *Zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft, Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 78.)

[2] Puech, *De la grossesse de l'ovaire.* (*Ann. de gyn.*, 1878, t. X, p. 1.)

[3] Voyez *Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle* von Dr Cohnstein. (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, 1877, p. 355.)

[4] Voyez page 597.

séreuse ou accompagné de très faibles adhérences. Le plus souvent, il est immobilisé et entouré de tous côtés par des néomembranes fibreuses plus ou moins résistantes. On l'a vu venir se loger dans un sac herniaire. Dans ces circonstances, il était non seulement hors de l'utérus, mais pour ainsi dire hors du bassin[1]. Pour un grand nombre de cas de ce genre, la pénétration du fœtus dans la cavité péritonéale n'est que secondaire, et consécutive à la rupture de la trompe, de l'utérus ou de l'ovaire. L'existence de la grossesse abdominale primitive a encore été mise en doute tout récemment[2].

La variété tubaire est de beaucoup la plus fréquente des diverses formes de grossesse extra-utérine. Selon le point où l'ovule s'est arrêté, on a admis des divisions en grossesses *tubo-abdominale*, *tubo-utérine* ou *interstitielle*, et *tubaire proprement dite*. Nous ne voyons pas l'utilité de ces diverses catégories, que nous réunissons toutes sous le nom de *grossesse tubaire*. L'empêchement à la migration normale à travers l'oviducte dépend de causes diverses. Tantôt c'est une altération quelconque de la muqueuse, qui a perdu sa vibratilité, ou dont l'épaisseur est augmentée. Tantôt c'est un obstacle encore plus mécanique, tel qu'une bride[3] ou un polype.

Quelle que soit cette cause, sous l'influence de l'irritation due à la présence de l'embryon, la muqueuse de la trompe s'hypertrophie, on a même admis l'existence d'une vraie caduque tubaire. Celle-ci ne présente pas la même structure que la caduque utérine[4], et consiste, principalement, en un

[1] Schrœder, *loc. cit.*, trad. française, p. 371.

[2] Mayrhofer, *Von der Unfruchbarkeit des Weibes*, Stuttgart, 1878, p. 20.

[3] Nous avons vu, page 646, que des adhérences s'établissaient rarement sur la surface interne de la trompe.

[4] Leopold a rapporté l'examen histologique de cas de ce genre, *Tuben-Schwangerschaft mit aüsserer Ueberwanderung des Eies und consecutiver Hœmatocele retrouterina*, von Gerhard Leopold. (*Arch. f. gyn.*, 1876, t. X, p. 248.)

épaississement de la muqueuse et une augmentation de volume de ses éléments, qui revêtent les caractères de ceux qu'on observe dans l'utérus sous l'influence de la gestation[1]. Les différences signalées, dans ces conditions, entre les muqueuses utérines et tubaires, sont en rapport avec la dissemblance qu'elles présentent également à l'état de vacuité. La minceur des parois du sac, due à l'épaisseur moindre de la couche des grosses cellules et du tissu fibro-musculaire, permet aux villosités placentaires de s'enfoncer profondément presque jusqu'au péritoine[2].

A mesure que l'œuf grossit, la trompe se dilate, ses faisceaux s'écartent les uns des autres et forment des éraillures, à travers lesquelles le sac fœtal vient faire saillie. La rupture du kyste a lieu, le plus souvent, vers le troisième mois, et se produit, tantôt au siège de l'insertion placentaire, tantôt sur un point opposé. Des hémorrhagies peuvent également provenir des vaisseaux du ligament large. Les adhérences multiples trouvées à l'autopsie rendent ordinairement difficile à préciser la cause anatomique de la migration anormale de l'ovule.

L'utérus présente aussi des modifications. Son volume augmente plus dans les grossesses tubaires que dans les formes abdominales[3]. Sa muqueuse s'épaissit à son tour et forme une caduque, dont l'expulsion a été fréquemment constatée. Cette expulsion a lieu, soit en partie et par petits lambeaux, soit en totalité, et son ensemble présente alors le moule complet de la cavité utérine[4]. Ces modifications de la muqueuse

[1] Voyez, *Sur la cavité utérine après la parturition.* (*Arch. de physiologie*, 1876, p. 542.)

[2] Leopold, *loc. cit.*, p. 262.

[3] Depaul, *Grossesses extra-utérines péritonéales.* (*Arch. de tocologie*, 1874. t. I. p. 262.)

[4] Duguet, *Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines, et en particulier de la grossesse tubaire.* (*Ann. de gyn.*, 1874. t. I, p. 269.)

paraissent suivre la même marche que l'hypertrophie générale de l'utérus et se développer plus lentement dans la grossesse abdominale que dans la variété tubaire[1]. L'ovaire situé du même côté que l'embryon contient, généralement, un gros corps jaune, en rapport avec la durée de la gestation[2]. Dans quelques cas, on observe le follicule déchiré sur la glande du côté opposé.

Il paraît probable que, dans ces conditions, l'ovule a été entraîné par les courants péritonéaux, ou que les spermatozoïdes ayant pénétré par une trompe ont cheminé jusqu'à la surface de l'autre ovaire, où se trouvait une vésicule de Graaf prête à se rompre. On a voulu se baser sur des faits de ce genre, pour soutenir que l'ovulation se continue pendant la gestation, et que le corps jaune trouvé dans ces circonstances ne résultait pas du follicule ayant fourni l'ovule fécondé, mais bien d'une rupture folliculaire ayant eu lieu malgré la grossesse[3]. Nous nous sommes déjà suffisamment expliqué à ce sujet, et les examens que nous avons eu l'occasion de pratiquer n'ont jamais confirmé cette hypothèse. Sans vouloir nier la possibilité de l'émission d'un ovule dans le cours de la gestation, nous devons ajouter qu'aucun fait observé par nous n'a été en faveur de cette supposition.

Quand la femme surmonte les dangers auxquels l'expose sa grossesse anormale, le fœtus se transforme de différentes manières. Il peut se conserver longtemps sans altération

[1] Voyez *Examen histologique des organes génitaux dans un cas de grossesse extra-utérine* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1877, p. 45, et *Gaz. médicale*, 1877, p. 280), et Ercolani, *Della struttura anatomica della caduca uterina nei casi di gravidenza extra uterina nella donna*, Bologne, 1874, p. 407.

[2] Voyez page 537.

[3] Voyez Scanzoni, *Précis historique et pratique de l'art des accouchements*, trad. franç., 1859, p. 129, et Mayrhofer, *Ueber den gelben Corper und Ueberwanderung des Eies. Wien*, 1876.

très accusée de ses tissus[1]. Ou bien, ceux-ci subissent, en totalité ou partiellement, diverses métamorphoses, dégénérescence graisseuse[2], calcification[3] (lithopœdion).

Une grossesse normale accompagne quelquefois la grossesse extra-utérine. Dans d'autres cas, un produit de conception se développe jusqu'au terme physiologique dans la cavité de l'utérus, malgré la présence d'un embryon hors de cette cavité[4].

Symptômes. — La grossesse tubaire ne se manifeste souvent par aucun symptôme, jusqu'au moment de la rupture du kyste fœtal. A peine les malades accusent-elles quelques légers troubles, coliques, vomissements alimentaires, comme au début de la gestation normale. Tout à coup, apparaissent les signes graves d'une hémorrhagie interne, ou d'une péritonite suraiguë rapidement mortelle. Dans d'autres cas, il se produit des hémorrhagies successives, et la déchirure des parois de la poche ne se fait que progressivement, donnant ainsi lieu à des poussées réitérées de pelvipéritonite. Il est rare, dans cette variété de grossesse extra-utérine, que le développement de l'embryon dépasse le troisième mois. C'est, ordinairement, dans les huit ou dix premières semaines qu'a lieu la rupture du kyste. Les cas dans lesquels la durée d'une grossesse tubaire avait atteint quatre et cinq mois, sont assez exceptionnels. On l'a vue cependant se prolonger jusqu'au terme normal[5].

[1] Virchow fit, en 1849, l'autopsie d'une femme de 56 ans enceinte depuis 1826, c'est-à-dire depuis 23 ans, et dont le produit de conception présentait des muscles striés ayant conservé leur structure normale. (*Ges. Abh.*, p. 790, cité par Schrœder, *loc. cit.*, p. 381.)

[2] Dans certains cas anciens il ne reste plus qu'une bouillie épaisse composée de graisse, de cristaux de cholestérine, de pigment, de sels calcaires en grains ou en lamelles.

[3] Cruveilhier a publié un cas de grossesse extra-utérine datant de 47 ans. (*Atlas d'anat. pathol.*, t. I, 18e livraison.)

[4] Voyez Schrœder, *loc. cit.*, p. 371, et de Rosset, *Amerik. practitioner*, 1878, analysé dans *Centralblatt f. Gyn.*, 1879, p. 69.

[5] *Eine ausgetragene Tuben-Schwangerschaft*, von Spiegelberg. (*Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I, p. 406.)

L'état de la menstruation varie selon les sujets. Le plus souvent, les règles sont supprimées, d'autres fois, elles persistent pendant les premiers mois[1], ou sont remplacées par un écoulement sérosanguin peu abondant, mais presque continu. Enfin des métrorrhagies, ne présentant aucun des caractères menstruels, se rencontrent également. Celles-ci ont surtout été notées pour des grossesses tubaires[2]. Dans presque tous les cas, on a signalé chez les malades ainsi atteintes une anémie profonde, même en l'absence de métrorrhagies. Cette anémie peut dépendre de petites hémorragies internes passant inaperçues, et dont le sang serait résorbé. Quand l'épanchement dans le péritoine ne se fait pas en très grande abondance, et que la femme résiste aux premiers accidents, on assiste à la formation d'une hématocèle. A la suite de ces troubles secondaires, les malades peuvent encore guérir. Ou bien elles succombent à d'autres complications, telles que l'urémie ou l'embolie pulmonaire.

La grossesse extra-utérine abdominale atteint, plus souvent que la forme tubaire, les dernières phases de son évolution. La rupture des parois kystiques se produit rarement dans cette variété. Les symptômes morbides sont assez accusés. On observe de la fièvre, des douleurs violentes dues aux poussées de péritonite. L'intensité des souffrances peut atteindre un degré tel, que les malades meurent d'épuisement. Si l'enfant arrive à son développement complet, à l'époque où l'accouchement devrait avoir lieu, la femme est prise de douleurs. Celles-ci durent trois ou quatre jours, pour disparaître et se montrer de nouveau sans aboutir à aucun résultat. En même temps, on observe, fréquemment, l'expulsion par l'utérus d'une sorte de caduque.

Dans les quelques jours qui suivent ces manifestations

[1] Observation de Dumont-Pallier, *Société de biologie*, 1877.
[2] Duguet, *loc. cit.*, p. 336.

pathologiques, les seins se gonflent et sécrètent du lait en plus ou moins grande abondance. A partir du moment où le fœtus a cessé de vivre, les accidents revêtent une forme nouvelle. Ou une péritonite généralisée enlève rapidement la malade; ou l'inflammation de la séreuse se localise, se restreint, et amène l'élimination des débris de l'embryon. La perforation se produit le plus ordinairement du côté du rectum ou des parois abdominales, moins fréquemment dans le vagin ou la vessie. La terminaison, dans ces conditions, est souvent favorable, quoique l'élimination puisse se faire avec une grande lenteur, et lambeau par lambeau, pendant plusieurs années. Des fistules persistantes en sont également la conséquence. D'autrefois, les malades succombent par hecticité, par infection purulente ou putride.

Lorsque l'irritation de la séreuse a été peu accusée, le liquide amniotique se résorbe, le sac s'affaisse, et le fœtus subit une des transformations que nous avons signalées à propos de l'anatomie pathologique. Il peut séjourner ainsi longtemps dans la cavité abdominale, sans inconvénient pour l'organisme. Dans d'autres cas, malgré une période prolongée de calme et une guérison apparente, de nouveaux accidents se manifestent, la suppuration se produit et entraine une péritonite rapidement mortelle. Après la rupture du kyste fœtal, la douleur provoquée par la palpation, même la plus superficielle, est tellement intense, que toute exploration est impossible sans le secours des anesthésiques.

Mais, avant cette époque, les femmes se croient simplement enceintes de quelques mois. Elles accusent une douleur abdominale siégeant dans l'hypogastre et dans les flancs. Le début de ces phénomènes douloureux coïncide fréquemment avec les premières phases de la gestation anormale. Si on pratique le toucher, on trouve l'utérus légèrement augmenté de volume, et, dans son voisinage, une tumeur élastique.

douloureuse à la pression, dans laquelle on constate la présence de parties dures, mobiles et comme flottant dans un liquide. La grossesse abdominale, se prolongeant plus longtemps que la variété tubaire, permet davantage la manifestation des divers signes généraux qui accompagnent la gestation. La suppression de la menstruation, la pigmentation des seins et de la ligne blanche, la sécrétion du colostrum, sont des signes de probabilité, mais non de certitude.

La grossesse ovarique, par sa marche et sa symptomatologie, se rapproche de la forme abdominale. On a dit qu'elle s'accompagnait de troubles moins accusés que cette dernière. Son mode de terminaison est intermédiaire à celle des deux variétés que nous avons d'abord étudiées. Tantôt le kyste fœtal se rompt dans les premières périodes, tantôt, au contraire, il se développe jusqu'au neuvième mois[1].

Diagnostic. — La grossesse extra-utérine, au début, est très difficile à reconnaître d'une façon certaine. On peut la confondre avec une rétroflexion de l'utérus, gravide ou à l'état de vacuité; avec une hématocèle, un kyste de l'ovaire commençant, un corps fibreux ou une tumeur fibrocystique[2].

Les caractères du liquide obtenu par une ponction exploratrice pourraient nous fournir d'utiles renseignements. S'il contenait des poils ou des lamelles épidermiques, le doute ne serait alors possible qu'entre une grossesse extra-utérine et un kyste dermoïde. Quand la tumeur est séparée de l'utérus, le diagnostic est plus facile. Mais, la plupart du temps, les adhérences qui se sont établies ont donné lieu à une seule masse compacte. La grossesse tubaire ne peut guère se différencier, sur le vivant, d'avec un produit de concep-

[1] Dans un cas de Spiegelberg, l'enfant extrait par la gastrotomie était à terme, normalement conformé, et vécut trois mois. (Spiegelberg, *loc. cit.*, *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 77.)

[2] Voyez Guéniot, *Bulletins de la Société anatomique*, 1865, t. X, p. 238.

tion développé dans un utérus bicorne. La situation du ligament rond par rapport au kyste fœtal, nous permet seule de faire un diagnostic anatomique.

Il est aussi difficile, cliniquement, de préciser la variété de grossesse extra-utérine à laquelle on a affaire. La rupture de la poche, dans les trois premiers mois, plaiderait en faveur de la forme tubaire. Le développement jusqu'au terme du produit de conception, devrait plutôt faire supposer une grossesse ovarique et surtout abdominale. Les difficultés du diagnostic diffèrent selon la phase de l'affection. Avant le quatrième ou le cinquième mois, il n'y a que des signes de probabilité. Depuis cette époque jusqu'au moment où l'embryon cesse de vivre, on peut percevoir les mouvements actifs du fœtus, les bruits du cœur. Enfin, quand l'enfant ayant succombé subit les diverses modifications régressives que nous avons décrites, on constate l'existence d'une tumeur contenant des parties solides, stationnaire, ou diminuant progressivement. Dans d'autres néoplasmes les parties solides entourent la collection liquide. C'est l'inverse dans la grossesse, où les masses résistantes plongent dans le liquide qui les environne. L'augmentation de volume de l'utérus sera perçue au moyen du palper et du toucher combinés, ou même par le toucher seul. A l'état de vacuité, quand les dimensions de l'organe gestateur sont normales, le doigt, en suivant le col, ne rencontre qu'une surface unie et régulière, le segment inférieur du corps étant situé trop haut pour être perçu dans ces conditions. Si, au contraire, l'utérus est hypertrophié, on sent tout autour du col un bourrelet saillant.

Le cathétérisme utérin a été conseillé dans des cas de ce genre. Quelles que soient l'habitude et l'habileté de l'opérateur, nous n'oserions pas engager à recourir à ce moyen d'exploration, dans la crainte de provoquer un avortement

si, par hasard, le produit de conception siégeait dans la cavité de l'utérus. C'est qu'en effet la confusion entre une grossesse extra-utérine et une grossesse normale a été faite par des gynécologistes très expérimentés, surtout dans des cas d'amincissement excessif des parois[1]. Un retard ou une suppression des règles, suivi de métrorrhagies peu abondantes mais continues, n'ayant ni la régularité ni aucun des caractères d'une menstruation véritable, serait en faveur de l'idée d'une situation anormale de l'embryon. L'expulsion d'une caduque pourrait faire croire à un avortement. Mais dans le cas de grossesse extra-utérine, la tumeur persiste, malgré le rejet de ces produits membraniformes, et l'utérus est déplacé dans un sens ou dans l'autre, le plus souvent en avant. L'hydropisie de l'amnios venant compliquer la grossesse est également une cause possible d'erreur[2].

Pronostic. — La rupture du kyste fœtal entraîne par elle même de grands dangers. La mort peut résulter de l'abondance de l'hémorrhagie. Si la malade résiste à ces premiers accidents, l'inflammation péritonéale est encore à craindre. Plus tard, c'est à la suite d'une intoxication urémique, ou d'une embolie pulmonaire, que les malades succombent. Si l'embryon reste dans la trompe et que le sang seul soit épanché, le pronostic est moins grave. Il y a alors, le plus souvent, production d'une hématocèle[3]. Quand le fœtus meurt avant la déchirure des parois de la poche, la guérison est plus probable. Selon le degré de développement du produit de conception, on constate sa résorption, ou il subit une des modifications graisseuse ou calcaire précédemment étudiées. Lorsque l'ovule fécondé s'est greffé vers l'extrémité

[1] Voyez Pajot, *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse.* (*Ann. de gyn.*, 1874. t. I, p. 215.)

[2] Depaul, *loc. cit.*, p. 336.

[3] Voyez page 705.

utérine de l'oviducte (grossesse interstitielle), la rupture des parois s'observe souvent avant le troisième mois, comme quand il siége plus haut. Dans d'autres cas, la dilatation graduelle permet à l'embryon de pénétrer dans la cavité utérine, et d'être expulsé par les voies naturelles.

Quelle que soit la variété de grossesse extra-utérine, la vie de l'enfant est toujours très compromise. Au point de vue de la mère, la forme tubaire est de beaucoup la plus défavorable. L'élimination, à la suite de perforation sur un point quelconque, est tantôt suivie d'une guérison définitive, tantôt au contraire entraîne une terminaison funeste. D'autres fois les malades succombent dans le marasme, sans que la poche kystique se soit ouverte.

Malgré l'existence d'une grossesse extra-utérine ancienne, une nouvelle conception peut avoir lieu, et aboutir à la naissance d'un enfant à terme. On a vu, chez certains sujets, le second fœtus se développer normalement et venir au monde vivant, pendant que les débris du premier étaient encore expulsés par le rectum.

Le pronostic des grossesses abdominales ou ovariques est de beaucoup le meilleur. La mortalité est environ de 42 pour 100[1]. On voit, d'après toutes les statistiques, que, quelle que soit sa forme, la grossesse extra-utérine est une affection extrêmement grave.

Étiologie. — Ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique des grossesses extra-utérines éclaire beaucoup leur étiologie. Les inflammations du péritoine jouent évidemment le rôle principal, soit en amenant la disparition de l'épithélium vibratile, soit par la production des adhérences. La rareté relative de ces gestations anormales aurait droit de nous surprendre, surtout si on la compare à la fréquence de

[1] Hecker, *Monatschr. f. Geburt*, t. XIII. p. 81.

la pelvipéritonite. Il est probable qu'un grand nombre d'ovules, même fécondés, ne trouvant pas des conditions favorables à leur développement, se détruisent, sans avoir donné lieu à aucune manifestation pathologique.

L'existence de périmétrites ou de salpingites anciennes nous explique pourquoi la grossesse extra-utérine est infiniment plus fréquente chez les multipares, quoiqu'on l'observe également chez des nullipares[1]. La prédominance du kyste fœtal du côté gauche est difficile à interpréter, à moins qu'on ne mette en cause la profondeur plus grande du cul-de-sac postérieur de ce côté[2].

Dans beaucoup d'observations de grossesses extr-autérines, on a signalé une émotion vive au moment de la conception. On pourrait peut-être rapprocher ces faits de l'existence des courants péritonéaux dus à l'épithélium vibratile, quoique la vibratilité se produise en dehors de l'influence du système nerveux. Mais la physiologie de cette sorte d'éléments est loin d'être achevée, et cette idée, que nous ne donnons que comme une simple vue de l'esprit, ne nous paraît pas inadmissible. En tout cas, avant de sortir du rang des hypothèses, elle demanderait à être confirmée par de nouveaux faits.

Traitement. — Les indications thérapeutiques varieront avec les phases, les complications, et la forme anatomique de la grossesse extra-utérine. Si le kyste s'est rompu, on appliquera des vessies remplies de glace sur les parois abdominales. Le repos absolu, l'opium associé à de petites doses d'alcool, feront les principales bases du traitement. Contre la péritonite, on associera à ces moyens les émissions sanguines, les onctions avec l'onguent napolitain belladoné, ou

[1] Voyez l'observation d'une femme de 31 ans nullipare, citée par Depaul, *loc. cit.*, *Arch. de tocol.*, 1875, t. II, p. 76.

[2] Voyez page 701.

avec divers liniments calmants[1], le collodion, les bains. Dans les premières périodes, si le diagnostic est à peu près certain, on a conseillé d'arrêter les progrès de l'embryon, en injectant dans ses tissus une substance toxique, morphine ou atropine. Une simple ponction de l'œuf, pratiquée de préférence à travers les parois vaginales, amènerait le même résultat d'une façon plus avantageuse. L'écoulement du liquide amniotique doit suffire alors pour entraîner la mort du fœtus. Si l'enfant est vivant et à peu près à terme, la gastrotomie peut être indiquée. Cette opération a été pratiquée avec succès dans un certain nombre de cas[2]. On a également tenté l'extraction par le vagin. Ce dernier procédé a eu sa faveur le nombre plus considérable de guérisons quand l'élimination spontanée a lieu par cette voie, que quand elle se fait à travers les parois abdominales. Le plus grand danger de ces tentatives opératoires réside dans les hémorrhagies primitives ou consécutives. Pendant l'opération, on doit s'appliquer surtout à empêcher la pénétration des liquides, amniotiques ou autres, dans la cavité péritonéale.

La septicémie est à craindre pendant tout le temps que dure l'élimination du placenta. Celui-ci est, en effet, tellement adhérent, qu'il est presque toujours impossible de l'extraire immédiatement. On cherchera à lutter contre ces accidents, au moyen de lavages fréquents avec des solutions désinfectantes, et par l'administration du sulfate de quinine à l'intérieur.

Lorsque le fœtus a succombé, la conduite du chirurgien doit se baser sur les manifestations symptomatiques. L'expectation est indiquée dans tous les cas où il n'y a pas de

[1] Voyez page 322.

[2] Sur 25 observations de ce genre réunies par Depaul, il y a eu 17 succès et 8 insuccès. (Depaul, *loc. cit.*. *Arch. de tocol.*, 1875, t. II, p. 417.)

symptômes graves. Si on constate un point rouge et fluctuant, une incision dans cette région pourrait permettre l'extraction du fœtus devenu un simple corps étranger. La méthode préconisée par Récamier pour les kystes du foie ou de l'ovaire a été également tentée dans des cas de grossesse extra-utérine, avec cette seule modification, qu'ici, l'ouverture devant être assez large, le caustique sera appliqué sur une certaine longueur, afin d'obtenir des adhérences plus étendues. Pendant toute la durée de la suppuration, ou après l'intervention chirurgicale, il est important de soutenir les forces des malades par tous les moyens dont nous pouvons disposer, une nourriture substantielle, l'administration du quinquina à l'intérieur.

CINQUIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA MAMELLE[1]

ANATOMIE DE LA MAMELLE

Les mamelles, ordinairement au nombre de deux dans l'espèce humaine, occupent sur les parties antérieure et latérales de la poitrine, un espace compris entre la troisième et la septième côte. Rudimentaires chez l'homme pendant toute la vie, ce n'est que chez la femme, à l'époque de la puberté, qu'elles atteignent tout leur développement, principalement sous l'influence de la grossesse et après l'accouchement. La vieillesse amène l'atrophie de la glande mammaire, comme celle des organes génitaux internes.

Le volume des seins n'est nullement en rapport avec la force et la constitution des sujets. Ils sont quelquefois très développés chez des femmes petites et frêles, tandis que d'autres, quoique grandes et fortes, ont de petites mamelles. Du reste, le volume ne concorde pas toujours avec la richesse de la sécrétion, et tient surtout à la quantité de tissu adipeux[2]. Leurs dimensions ne sont presque jamais égales

[1] Ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction, nous laisserons de côté les tumeurs mammaires, dont l'étude concerne plutôt les traités de chirurgie.

[2] L'habitude malheureuse contractée dans certains pays de nourrir les enfants au biberon, a peut-être une action à la longue sur le développement des

des deux côtés. C'est tantôt la droite, tantôt la gauche, qui l'emporte sur l'autre [1].

Elles présentent à leur centre une grosse papille saillante, appelée *mamelon*. Leur forme est le plus souvent hémisphérique. D'autres fois, elles revêtent une apparence conique, qu'on a considérée comme un caractère indiquant une sécrétion plus abondante. A la suite de l'allaitement, les seins deviennent piriformes, se ramollissent, et s'allongent d'une façon notable.

La peau qui recouvre la mamelle est remarquable par sa finesse. Autour du mamelon elle revêt une coloration plus foncée, due à la présence de pigment dans ses couches profondes. Le cercle situé à la base du mamelon est désigné sous le nom d'*aréole* ou d'*auréole*. La couleur de cette région varie selon les races et selon les sujets. D'un rose plus ou moins accusé chez les femmes blondes, elle est foncée et rugueuse chez les brunes, et surtout chez les multipares. Cette pigmentation est, comme nous l'avons déjà dit, un des signes de la grossesse. La surface de l'aréole est irrégulière, semée de nombreuses saillies s'accusant davantage sous l'influence d'une excitation ou d'un frottement quelconque. Ces saillies, correspondant à des glandes dont nous étudierons la structure, augmentent de volume pendant la gestation (tubercules de Montgomery).

mamelles. Nous avons eu l'occasion d'observer des familles dont les enfants étaient nourris au biberon depuis plusieurs générations, et dont les femmes, quoique belles et vigoureuses en apparence, avaient des seins très peu développés. Pour deux d'entre elles, malgré une grande fécondité, l'allaitement était impossible, faute de lait; il y avait une agalactie presque complète. Nous n'avons pas observé ces faits un assez grand nombre de fois pour leur attacher une grande importance. Nous avons seulement voulu appeler l'attention sur la possibilité de ce rapprochement.

[1] Les auteurs ne sont pas d'accord sur la prédominance de la mamelle la plus volumineuse. Ce serait la gauche, d'après Cruveilhier (*loc. cit.*, t. III, p. 734), et la droite, d'après Puech et Hennig. (Voyez Puech, *Les mamelles et leurs anomalies*, Paris, 1876, p. 105, et Hennig, *Arch. f. gyn.*, t. II, p. 331.)

Le *mamelon* est situé au niveau du quatrième espace intercostal. Il présente à peu près la même coloration que l'aréole, mais est toujours rosé à son extrémité. Sa forme, sa longueur, ses dimensions, varient considérablement d'une femme à l'autre[1]. Tantôt à peine apparent, tantôt long et pendant, il est susceptible d'une sorte de propulsion en avant, due à la contraction musculaire, phénomène que l'on connaît sous le nom de *thélothisme*[2]. Chez quelques femmes, le mamelon, au lieu de faire saillie, forme une espèce de cupule située au-dessous du niveau des tissus ambiants. Cette disposition s'accentue de plus en plus sous les mêmes influences qui amènent, au contraire, dans des conditions normales, la propulsion en avant. Ceci nous indique que les faisceaux musculaires longitudinaux dominent dans ces cas-là, ainsi que nous l'avons confirmé par des examens histologiques[3]. La peau qui recouvre la région mamillaire est excessivement fine, sa surface chagrinée est due à ses nombreuses papilles, à la présence de glandes sébacées et de plis qui permettent sa distension. On n'y observe jamais de poils, comme on en rencontre autour de l'aréole.

Les canaux galactophores, au nombre de 10 à 20, s'ouvrent à l'extrémité du mamelon, en donnant lieu à de petites dépressions. Ils sont généralement isolés les uns des autres, et les cas où ils s'anastomosent sont exceptionnels. Leur diamètre reste le même dans toute cette portion de

[1] Ces variétés ont été bien décrites dans un mémoire du docteur Delmas (de Bordeaux), *Mémoire sur l'anatomie et la pathologie du mamelon, dans leurs rapports avec l'allaitement*. (*Union médicale de la Gironde*, Bordeaux, 1860.)

[2] De θηλή, mamelon, et ὠθίω, pousser, d'où ἰοθετμός, action de pousser en avant. (Voyez Duval, *Du mamelon et de son auréole*, thèse de Paris, 1861, p. 62.)

[3] *Des causes anatomiques de la rétraction du mamelon.* (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1876, p. 59.) Cette action des fibres musculaires longitudinales sur la rétraction du mamelon avait déjà été admise par M. Sapey. (*Traité d'anatomie*, 1874, t. IV, p. 771.)

leur trajet, sauf un rétrécissement très marqué vers leur extrémité terminale. Sur les bords de cette extrémité, viennent s'ouvrir des glandes sébacées, souvent disposées par paires, une de chaque côté. Ils présentent, au niveau de l'aréole, une dilatation fusiforme (ampoule, sinus), sorte de réservoir du lait, qui explique comment on fait jaillir ce liquide en pressant la mamelle au-dessous de ce point.

La glande mammaire est logée dans l'épaisseur du tissu adipeux sous-cutané, qui pénètre même entre les divisions glandulaires. Son épaisseur est plus grande au centre que sur ses bords. Elle repose sur le muscle grand pectoral et quelquefois, en dehors, sur le grand dentelé. Sa base est en rapport avec la *fascia superficialis* par un tissu lâche auquel elle doit sa grande mobilité, et qui figure, dans certains cas, une bourse séreuse. Sa consistance est fibreuse, dense, résistante à la coupe, et sa couleur reste d'un blanc brillant, même en dehors de la lactation.

Les *artères* de la mamelle proviennent de la mammaire externe ou longue thoracique, des intercostales aortiques et de la mammaire interne. Cette dernière branche joue le rôle le plus important au point de vue fonctionnel. Pendant la lactation, elle atteint un volume égal à celui de l'artère radiale. Les *veines profondes* accompagnent les artères. Les *superficielles* sont souvent visibles sous la peau, et présentent, au niveau de l'aréole, une disposition anastomotique en cercle, qui n'est pas constante, et varie selon les sujets (cercle veineux de Haller)[1]. La plupart des veines mammaires se jettent dans la jugulaire externe. Les *vaisseaux lymphatiques* sont très nombreux dans la mamelle. Ils se rendent aux ganglions axillaires[2], et, par les lymphatiques

[1] Nous avons vu un cas de gangrène de l'aréole qui dessinait très nettement ce cercle et se limitait exactement à cette région.

[2] La chaîne des ganglions axillaires hypertrophiés se prolonge, dans quelques cas, jusqu'à la mamelle.

intercostaux, aux ganglions de la cavité thoracique. Les *nerfs* viennent des quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux, des branches thoraciques du plexus brachial, et des branches sus-claviculaires du plexus cervical. Des rameaux du sympathique accompagnent en outre les vaisseaux.

Histologie. — La mamelle est dans la catégorie des glandes en grappes (fig. 147). Les acini glandulaires (fig. 148)

Fig. 147. — Coupe de la mamelle d'une femme adulte en lactation (gross. de 20 diam.).

a. Lobules de la glande. — *b*. Acini tapissés d'une couche d'épithélium cubique. — *c*. Conduite glandulaires. — *t*. Stroma formé de tissu conjonctif.

constituent des lobules, qui ne se réunissent pas en grand nombre pour former des lobes volumineux. Ils sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif riche en fibres élastiques (fig. 147, *t*), où les éléments cellulaires sont peu abondants, sauf dans la couche la plus interne formée de tissu conjonctif lâche, qui présente, au contraire, surtout pendant la lactation, de nombreuses cellules fortement colo-

rées par les réactifs (fig. 148, *f*)[1]. La membrane propre, difficile à bien voir à l'état physiologique, devient beaucoup plus accusée dans certains cas pathologiques. L'épithélium qui tapisse les acini consiste en une seule couche de cellules cubiques (fig. 148, *a*). Entre l'épithélium et la mem-

Fig. 148. — Acinus de la mamelle d'une femme adulte en lactation (gross. de 500 diam.)

a. Cellules épithéliales. — *b*. Noyau. — *c*. Nucléole. — *d*. Globules du lait. — *e*. Fibres de tissu conjonctif. — *f*. Cellules de tissu conjonctif.

brane propre, l'imprégnation d'argent montre un revêtement endothélial incomplet. Si nous résumons la structure d'un acini, nous trouvons donc cinq couches superposées qui sont de dedans en dehors : 1° l'épithélium, 2° un endothélium sous-épithélial incomplet, 3° la membrane propre, 4° du tissu conjonctif lâche chargé d'éléments cellulaires, 5° du tissu fibreux riche en fibres élastiques et très pauvre en cellules. Les muscles lisses ne se rencontrent pas chez la femme dans les couches profondes de la mamelle, ou, si l'on en observe par hasard, leur petit nombre et leur irrégularité leur enlèvent toute importance physiologique[2]. Chaque lobule est entouré d'un riche réseau vasculaire, dont on peut, au moyen d'injections, étudier l'élégante disposition.

[1] Winkler attribue à ces éléments un rôle important au point de vue de la lactation. (Winkler, *Beitrag zur Histologie und Nerventheilung in der Mamma; Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 297.)

[2] Winkler a constaté, chez le lapin, des fibres musculaires dans le tissu intra-alvéolaire. (Winkler, *Bau der Michldrüse; Centralblatt f. M.*, 1875, p. 15.)

Le tissu adipeux pénètre jusqu'au voisinage des grains glandulaires. Sa quantité diminue pendant l'allaitement.

Les canaux galactophores (fig. 149) sont tapissés d'une

Fig. 149. — Coupe transversale du mamelon (gross. de 40 diam.).

a. Coupes des canaux galactophores. — *e*. Épithélium cylindrique qui les revêt. — *b*. Tissu conjonctif. — *m*. Faisceaux musculaires coupés dans le sens de leur longueur. — *m'*. Faisceaux musculaires coupés transversalement. — *v*. Coupe des vaisseaux.

double rangée d'épithélium cylindrique (fig. 149, *e*) [1]. Leur partie la plus profonde, celle qui se rapproche des acini, n'est plus revêtue que d'une seule couche de cellules cubiques, semblables à l'épithélium glandulaire, et sécrétant

[1] L'épithélium pavimenteux qui revêt la surface du mamelon pénètre peu profondément dans les canaux galactophores chez la femme, et chez les carnivores dont nous avons étudié les mamelles. Il revêt, au contraire, tout le canal excréteur du mamelon du cobaye. Nous verrons, à propos du développement, que cette différence est intéressante au point de vue de l'anatomie et de l'embryologie comparées.

comme lui. Ces conduits (fig. 149, *a*) sont souvent disposés deux à deux, et présentent, sur une coupe transversale, une figure étoilée, due à leurs nombreux replis, sauf quand ils sont distendus par un liquide. Chaque canal est entouré d'une gaîne de tissu conjonctif riche en fibres élastiques, qui, très étroite quand la mamelle est au repos, devient 5 à 6 fois plus épaisse au moment de la lactation. Dans cette couche, on rencontre, déjà, un certain nombre de fibres musculaires lisses, parallèles à l'axe du mamelon.

C'est, surtout, en dehors de cette zone de tissu conjonctif, qu'on observe les faisceaux musculaires, disposés irrégulièrement, et qui affectent une direction horizontale, longitudinale ou oblique (fig. 149, *m*, *m'*). Ordinairement, les fibres horizontales sont les plus nombreuses, et entourent les canaux, sans former, cependant, un véritable sphincter. Ces muscles augmentent de volume, et probablement de nombre, au moment de la lactation, si bien que, chez certaines femmes, les conduits galactophores sont plongés dans un véritable réseau musculaire. Leur contraction amène la projection en avant du mamelon, que nous avons désignée précédemment sous le nom de thélothisme. Ce phénomène débute par l'aréole, pour se propager ensuite jusqu'à l'extrémité mamillaire. Il nous paraît donc inadmissible de considérer le muscle sous-aréolaire comme antagoniste des faisceaux propres du mamelon[1]. Le rôle prédominant des fibres horizontales s'explique facilement par leur nombre beaucoup plus considérable. Nous avons vu, au contraire, que quand les faisceaux longitudinaux dominent, il y a rétraction au lieu de projection en avant[2].

[1] Sappey, *loc. cit.*, t. IV, p. 768.

[2] Chez les nouveau-nés, les muscles lisses de l'aréole sont disséminés, sans direction déterminée. Aussi, chez eux, l'excitation de cette région n'amène-t-elle pas le thélothisme, mais, plutôt, de petites saillies irrégulières, comparables à ce qu'on désigne vulgairement sur d'autres points de la peau sous le nom de *chair de poule*.

CINQUIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA MAMELLE[1]

ANATOMIE DE LA MAMELLE

Les mamelles, ordinairement au nombre de deux dans l'espèce humaine, occupent sur les parties antérieure et latérales de la poitrine, un espace compris entre la troisième et la septième côte. Rudimentaires chez l'homme pendant toute la vie, ce n'est que chez la femme, à l'époque de la puberté, qu'elles atteignent tout leur développement, principalement sous l'influence de la grossesse et après l'accouchement. La vieillesse amène l'atrophie de la glande mammaire, comme celle des organes génitaux internes.

Le volume des seins n'est nullement en rapport avec la force et la constitution des sujets. Ils sont quelquefois très développés chez des femmes petites et frêles, tandis que d'autres, quoique grandes et fortes, ont de petites mamelles. Du reste, le volume ne concorde pas toujours avec la richesse de la sécrétion, et tient surtout à la quantité de tissu adipeux[2]. Leurs dimensions ne sont presque jamais égales

[1] Ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction, nous laisserons de côté les tumeurs mammaires, dont l'étude concerne plutôt les traités de chirurgie.

[2] L'habitude malheureuse contractée dans certains pays de nourrir les enfants au biberon, a peut-être une action à la longue sur le développement des

mamelles accessoires avait été bien démontrée par Duval[1]. Cependant, quelques auteurs les ont niées pendant longtemps. Il existe, en effet, dans leur situation, une cause d'erreur, dont nous nous sommes rendu compte en en faisant l'étude histologique[2]. Tandis que les glandes sébacées sont placées superficiellement, les glandes lactées sont disséminées, très profondément, dans le tissu cellulaire qu'on rencontre au-dessous de l'aréole, si bien, qu'en faisant des coupes de l'aréole seule, sans y comprendre le tissu conjonctif lâche sous-jacent, on ne rencontre jamais que leurs canaux excréteurs. Au point de vue de sa structure, chaque petite glandule ne diffère en rien de la glande principale. Elle est formée d'un certain nombre de lobules tapissés d'un épithélium cubique sécréteur, passant à l'état d'épithélium cylindrique, c'est-à-dire beaucoup plus allongé, quand il gagne les canaux excréteurs. Sur le trajet de chaque canal excréteur, on observe une dilatation ampullaire, semblable, avec des dimensions moindres, à celles que nous avons déjà décrites pour la glande principale[3].

PHYSIOLOGIE DE LA MAMELLE

La mamelle est destinée à produire le *lait*, premier aliment du nouveau-né. Ses fonctions doivent être étudiées au point de vue de la *sécrétion* et de l'*excrétion*. Nous nous occuperons d'abord de la première.

La *sécrétion lactée*, sauf quelques exceptions que nous

[1] Duval. *loc. cit.*, p. 44.

[2] *Sur le développement et l'histologie comparée de la mamelle.* (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1877, p. 42.)

[3] M. Pinard a communiqué à la Société anatomique une observation très intéressante relative à cette disposition. Voir *Note pour servir à l'histoire des glandes aréolaires*, par le docteur Pinard. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1877, p. 459.) Dans certains cas, on a vu ces glandes accessoires atteindre le volume d'un grain de groseille. (Delmas, *loc. cit.*, p. 13.)

rappellerons plus loin, ne s'observe que chez les femelles des mammifères[1], et n'atteint tout son développement qu'après l'accouchement. Sa durée est de 12 à 18 mois, en moyenne, chez la femme à l'état normal. Dès le début de la grossesse, les seins commencent à augmenter de volume. La peau qui les recouvre est distendue, les veines sont plus apparentes, l'aréole se pigmente, s'élargit, et le mamelon devient plus saillant. A une période plus ou moins rapprochée des premières phases de la gestation, les éléments glandulaires chargés de graisse se détachent, se gonflent, et, mêlés à une certaine quantité de globules gras libres, nageant dans un liquide séreux, constituent le *colostrum*[2].

En général, l'abondance du colostrum pendant la grossesse est en rapport avec la richesse future de la sécrétion lactée. *La montée du lait* se produit dans les quelques jours qui suivent la parturition et s'accompagne de phénomènes généraux désignés autrefois sous le nom de *fièvre de lait*. Après les accouchements prématurés, et même les avortements de 2 à 3 mois, on peut observer une sécrétion lactée aussi abondante, que chez les femmes arrivées au terme de la gestation.

De nombreux liens physiologiques rattachent la mamelle aux organes génitaux, dont elle suit les phases de développement. La congestion menstruelle, la présence de tumeurs dans la cavité utérine, peuvent faire entrer en activité les éléments de la glande mammaire. La plupart des accoucheurs admettent également une action de l'allaitement sur

[1] Il se produit dans le jabot du pigeon, au moment de l'éclosion des œufs, une substance blanchâtre analogue à du lait coagulé, qui est ingurgitée aux petits et leur sert de première nourriture. (Voyez Claude Bernard, *Liquides de l'organisme*, t. II, p. 232.)

[2] L'origine épithéliale des corpuscules du colostrum est admise généralement et paraît très probable. Cependant, l'hypothèse que ce sont des éléments lymphatiques hypertrophiés et chargés de graisse pourrait également se soutenir et aurait certains arguments en sa faveur.

l'évolution utérine. Seulement, on ne s'entend pas sur le mode d'influence réciproque de ces deux actes physiologiques, si bien que, pour les uns, l'utérus revient plus lentement à son volume normal chez les femmes qui nourrissent[1], tandis que, pour d'autres, ce retrait aurait lieu beaucoup plus promptement chez celles qui allaitent que dans les conditions opposées[2]. Aussi a-t-on fait jouer un rôle, dans l'étiologie des affections utérines, à l'habitude qu'ont beaucoup de femmes de ne pas donner le sein à leurs enfants, hypothèse du reste très logique. Mais si l'allaitement entrave le développement de la métrite, c'est, croyons-nous, surtout en empêchant le retour de la menstruation.

La *sympathie*, comme disaient les anciens, qui unit l'utérus à la mamelle, a donné lieu, dans bien des cas, à des indications thérapeutiques. C'est ainsi qu'on a cherché, dans la dysménorrhée, à amener ou rappeler le flux menstruel par des applications excitantes sur les seins. On est même allé jusqu'à dire, que des excitations portées sur la mamelle pouvaient produire l'avortement, opinion qui nous paraît très exagérée.

Quoique ces rapports entre la glande mammaire et les organes génitaux ne soient pas douteux, il n'en est pas moins vrai que nous en ignorons complètement le mécanisme. Autrefois, on l'appelait *une sympathie*, aujourd'hui, on le désigne sous le nom d'*acte reflexe*, sans le connaître davantage. L'anastomose des artères, mammaire interne et épigastrique, invoquée par beaucoup d'auteurs, nous paraît une explication bien hypothétique.

Plusieurs autres faits du même genre, tels que les modifica-

[1] Depaul, cité par Tripier, article *Mamelle* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 379.

[2] Voyez Scanzoni, *Métrite chronique*, 1866, p. 9, et Verriet-Litardière, *Avantages de l'allaitement maternel*, thèse de doctorat, Paris, 1873, p. 30.

tions du larynx et de la voix sous l'influence des variations sexuelles sont également bien difficiles à interpréter. Aussi, croyons-nous inutile de chercher à édifier une théorie, qui serait forcément illusoire, dans l'état actuel de nos connaissances. C'est, probablement, dans l'étude plus approfondie du système nerveux, qu'on trouvera l'explication de ces divers phénomènes.

Les excitations, la succion surtout, exercées sur le mamelon, augmentent la sécrétion mammaire.

Ceci nous conduit à nous occuper des résultats obtenus jusqu'à ce jour, par les rares expérimentateurs qui ont étudié la question des nerfs de la mamelle. Eckart avait pris, comme objet d'étude, la chèvre [1]. C'est ce même animal qu'a choisi Rœhrig [2]. Il existe, chez la chèvre, d'après Rœhrig, trois nerfs principaux se rendant à la mamelle, deux supérieurs et un inférieur. Le premier nerf supérieur est destiné au mamelon, et n'a aucune action sur l'écoulement du lait. Sa section anesthésie les trayons, et son excitation amène un certain degré d'érection (thélothisme). Le deuxième nerf supérieur a la propriété d'agir sur la glande. Sa section produit un ralentissement subit de la sécrétion, son excitation la ramène à son état normal ou l'augmente. Enfin le troisième nerf, ou nerf inférieur, arrête l'écoulement du lait quand on l'excite, le rend au contraire très abondant quand il est sectionné; c'est donc un nerf constricteur. D'après tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, la mamelle n'est pas une glande sécrétant sous l'influence directe du système nerveux [3], comme les glandes salivaires ou lacrimales, mais dont le fonctionnement est plutôt lié à l'état de

[1] Eckard, *Beiträge zur Anatomie und Physiologie* (Giessen, 1858). *Die Nerven der Weiblichen Brustdrüsen und ihr Einfluss auf die Milchsecretion.*

[2] Rœhrig, *Arch. de Virchow*, 1876, t. LXVII, p. 119, analysé dans la *Revue des sciences médicales*, 1876, t. VIII, p. 500.

[3] Winkler, *Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 297.

la circulation, et est en rapport avec la pression[1]. Cependant, la sécrétion du lait est plus que le résultat d'une diffusion; car plusieurs de ses principes constituants paraissent s'élaborer dans les éléments glandulaires eux-mêmes[2].

Beaucoup de physiologistes admettent, que les cellules épithéliales de la mamelle se desquament, se détruisent, et mettent ainsi en liberté les substances qu'elles contiennent. Les recherches les plus récentes tendent plutôt à démontrer que les cellules chassent les granulations graisseuses par une sorte de contraction, et ne se renouvellent qu'après avoir servi un certain temps. Nous avons vu que les corpuscules du colostrum sont, probablement, des éléments glandulaires détachés. Or, on a observé sur eux des mouvements contractiles, amenant l'élimination de gouttelettes graisseuses[3]. Il est probable, que, pendant la vie, c'est par un mécanisme analogue, que la graisse sort des cellules maternelles, sans entraîner l'élément anatomique lui-même.

Chez les femmes ayant succombé à une maladie quelconque, et chez les animaux morts lentement après avoir servi à des expériences, nous avons toujours trouvé les globules du lait accumulés dans les acini et les canaux, et très exceptionnellement contenus dans les cellules épithéliales encore attenantes aux parois glandulaires. Au contraire, dans des mamelles de vaches tuées à l'abattoir, c'est-à-dire instantané-

[1] Eckard, ayant essayé des injections d'eau dans les veines, pendant la lactation, avait vu qu'à leur suite le lait conserve sa couleur normale, mais son poids spécifique est augmenté, ainsi que la quantité d'albumine. (Eckard, *loc. cit.*, p. 20.)

[2] Nous avons sectionné chez le cobaye le gros tronc nerveux qui se rend à la mamelle et qui est situé en dehors des vaisseaux qu'il accompagne. La section pratiquée, soit avant, soit pendant la lactation, n'a eu aucune influence appréciable sur la sécrétion. L'excitation du même nerf par des courants électriques ne nous a donné non plus aucun résultat. Mais nous avons constaté qu'il contient des fibres douées d'une sensibilité excessive, fait qui avait été également observé par Eckard sur la chèvre.

[3] Stricker et Schwarz, cités par Hermann, *Grundriss der Physiologie des Menschen*, 1872, p. 125.

ment, l'épithélium des acini présentait un très grand nombre de granulations graisseuses, plus ou moins volumineuses, situées dans le protoplasma. En présence de ces faits, nous nous sommes demandé si le genre de mort n'a pas une influence sur cette situation différente de la graisse du lait, contenue ou non dans les éléments qui la produisent.

On sait bien peu de chose relativement aux actes intimes de la sécrétion mammaire. Cependant, quelques-uns des points de cette question, sans être complètement élucidés, ont été éclairés par les recherches entreprises dans ces dernières années. Parmi les substances qui entrent dans la composition du lait, les unes sont un simple produit de transsudation, tandis que d'autres semblent être élaborées par la glande elle-même, tels que la caséine et la lactose, dont on n'a pas, jusqu'à ce jour, constaté la présence dans le liquide sanguin. Il est probable que la *caséine* provient de l'albumine du sang. On a trouvé, dans la mamelle, un ferment qui paraît avoir la propriété de transformer en albuminate, un mélange d'albumine et d'alcali[1]. On a vu, également, la caséine augmenter aux dépens de l'albumine, que le lait soit ou non exposé au contact de l'air. Le *sucre de lait* s'élabore, peut-être, au moyen de la glucose contenue dans le sang. Sa quantité est augmentée par les aliments hydrocarbonés, quoiqu'il existe également chez des chiens uniquement nourris avec de la viande dégraissée. Il semble se produire dans la mamelle même. Son excès est éliminé par le rein, et constitue ce qu'on désigne sous le nom de *glycosurie* ou mieux *lactosurie des nourrices*.

La présence du sucre dans l'urine des femmes en lactation, signalée par M. Blot en 1856[2], a fait, depuis cette époque, le

[1] Hermann, *loc. cit.*, p. 124.

[2] Blot, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1856, et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 720.

sujet de nombreux travaux. Parmi les auteurs qui avaient repris cette question, les uns avaient confirmé les faits admis par M. Blot, d'autres les avaient interprétés dans un sens opposé, niant que, dans ces cas, on eût réellement affaire à du sucre. Telle était la divergence des opinions, quand nous avons cherché, par une série d'expériences entreprises à ce sujet, à préciser les conditions dans lesquelles le sucre apparaît dans l'urine des nourrices [1]. Nous ne pourrions pas répéter ici les observations sur lesquelles se basaient les conclusions que nous résumions ainsi en 1873 : « Rien n'est plus variable que l'apparition du sucre dans l'urine des femelles en lactation. Mais il est en notre pouvoir de la produire à volonté, en cessant brusquement l'allaitement. Chez la femme, comme dans les autres espèces animales sur lesquelles nous avons expérimenté, toutes les fois que l'allaitement est suspendu, au bout de quelques heures, le sucre apparaît dans l'urine. » Nous avons pratiqué, sur des femelles de cobayes, qui n'ont qu'une paire de mamelles, l'ablation de ces glandes pendant la lactation[2]. Peu de temps après l'opération, on ne trouvait plus de traces de sucre dans des urines qui réduisaient abondamment avant. Ces mêmes femelles privées de mamelles avaient parfaitement guéri, et eurent ultérieurement plusieurs portées. Dans tous les cas où les glandes n'existaient plus, il ne s'est jamais produit la moindre glycosurie dans les jours qui ont suivi la parturition. Ces observations et ces expériences, répétées plusieurs fois depuis, en France et à l'étranger, toujours avec les mêmes résultats[3], semblent montrer que c'est bien la mamelle qui élabore le sucre, d'autant plus que la

[1] *Recherches sur l'urine pendant la lactation.* (*Société de biologie* et *Gazette médicale*, 1873.)

[2] *Bulletins de la Société de biologie*, 1873 et 1874.

[3] Voyez Hempel, *Arch. f. Gyn.*, 1875, p. 313. — Gubler, *Bulletins de la Société de biologie*, 1876, p. 327. — Fiaux, *Gaz. des hôpit.*, 1879, n° 8.

substance réductrice contenue dans l'urine des femmes en lactation paraît être de la lactose[1]. Il ressort de tous ces faits, que la lactosurie des nourrices est due à un phénomène de résorption. Cette résorption ne se produit pas par l'intermédiaire du système veineux, car nous avons constaté que le sang veineux qui sort de la glande est moins riche en sucre que le sang artériel qui y entre[2]. Ce serait donc par la voie des lymphatiques qu'elle se ferait, ainsi que l'a supposé M. Bert[3].

Les *produits graisseux* qui entrent dans la composition du lait sont très complexes, comme nous le verrons à propos de l'étude chimique de ce liquide. Leur origine est aussi obscure que celle des substances grasses en général. Une nourriture azotée accroît la quantité de graisse et de caséine du lait, tandis que les aliments gras la diminuent. Nous avons vu que la caséine augmente aux dépens de l'albumine. A la longue, la caséine elle-même est moins abondante à mesure que la graisse, ou, pour parler d'une façon plus précise, les matières extractives par l'éther et l'alcool, se rencontrent en plus grande quantité.

Il existe, pendant la lactation, un état du foie d'aspect spécial, avec localisation de la graisse au centre du lobule, autour de la veine intra-lobulaire (fig. 150), contrairement à ce qu'on voit dans les dégénérescences expérimentales ou pathologiques (fig. 151)[4]. D'un autre côté, on a constaté, pendant l'allaitement, une diminution du tissu adipeux qui entoure la glande elle-même. Cette disparition peut être due

[1] Hofmeister a obtenu des cristaux de sucre de lait extraits de l'urine des nourrices. (*Zeistchr. f. physiol. Chem.*, 1877, p. 101.)

[2] *Bulletins de la Société de biologie*, 1876, p. 539.

[3] Bert, *Société de biologie*, 1878.

[4] Dans les dégénérescences et les divers états pathologiques, l'envahissement de la graisse a lieu de la périphérie au centre du lobule. (Voyez *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1872, et *De l'état du foie chez les femelles en lactation*, Paris, 1873.)

à une simple irritation physiologique. On sait, en effet, que, dans l'inflammation, les cellules adipeuses disparaissent pour être remplacées par des éléments embryonnaires[1].

Fig. 150. — Foie en lactation traité par l'acide osmique (gross. de 100 diam.).

v'. Veines interlobulaires ou périphériques. — v. Veines intralobulaires ou centrales. — c. Cellules contenant de la graisse, situées autour de la veine centrale.

Malgré les faits bien acquis que nous venons d'exposer, comme nous le disions au commencement de ce chapitre, la physiologie de la sécrétion mammaire présente encore de nombreux points à élucider. Mais si nous ne savons pas bien de quelle façon se produit le lait, nous connaissons mieux sa constitution.

Le *lait* est un liquide blanc, plus ou moins opaque, d'une saveur douce et sucrée, à réaction alcaline. Son odeur fade et spéciale rappelle souvent celle de l'animal qui l'a sécrété[2].

[1] Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 80.

[2] Cette substance odorante a été extraite du lait de certaines espèces animales au moyen du sulfure de carbone. (Milne Edwards, *loc. cit.*, t. IX, p. 142.)

La densité du lait de femme est de 1030 environ[1]. Son étude doit être poursuivie, au point de vue de la chimie et de l'histologie, qui s'éclairent mutuellement l'une l'autre.

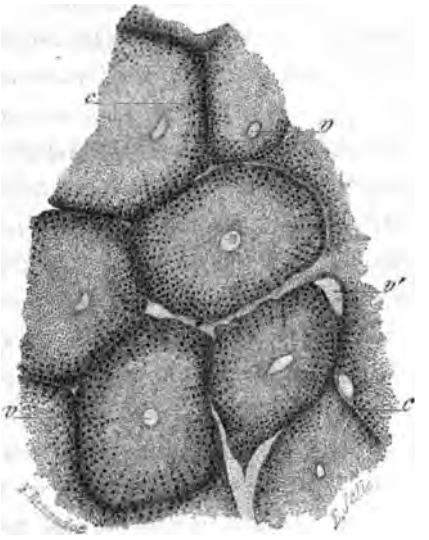


Fig. 151. — Foie, après ingestion d'huile, traité par l'acide osmique (gross. de 100 diam.).

v'. Veines interlobulaires ou périphériques. — *v*. Veines intralobulaires ou centrales. — *c*. Cellules contenant de la graisse, situées à la périphérie du lobule.

Ses caractères varient selon une foule de circonstances, telles que l'alimentation, la durée de la sécrétion, l'espèce animale, l'état de santé ou de maladie.

Les substances dont il se compose sont, les unes quaternaires, la caséine, l'albumine, les autres ternaires, la graisse, la lactose. Plus il séjourne dans les mamelles, plus il est riche en matériaux fixes. C'est ainsi que celui qui provient de la fin de la traite contient plus de crème, que celui qui s'écoule au commencement[2].

[1] Gautier, *Traité de chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène*, Paris, 1874, t. II, p. 262.

[2] On avait voulu expliquer ce fait par la légèreté plus grande de la graisse, qui tendrait à surnager. Cette explication, toute physique, admissible pour les

Le lait le meilleur et le plus abondant s'obtient, en général, chez la femme, entre 20 et 35 ans. La quantité fournie en vingt-quatre heures peut s'élever, à l'état normal, jusqu'à 1350 grammes pour les deux glandes. Nous ne donnerons pas l'analyse exacte de toutes les substances qu'on y rencontre, renvoyant, pour plus de détails, aux traités de chimie[1]. Les matières grasses y sont au nombre de 9 à 10 espèces différentes. Les composés albuminoïdes varient selon les espèces animales. On y a constaté la présence de chlorures, de phosphates, de lactates, de fluorures. La potasse, la soude, la chaux, la magnésie, le fer, le manganèse, le soufre, l'iode, l'urée, la créatine, s'y trouvent également, en plus ou moins grande abondance. Enfin, quelques gaz libres, l'acide carbonique, l'oxygène et l'azote, font partie de ses éléments constituants. Certains produits de nature végétale passent dans le lait, comme il est facile de s'en assurer pour l'ail et l'anis, qui lui communiquent leur odeur spéciale. La garance, le gallium, le colorent en rouge. Le sainfoin, l'equisetum arvense, et d'autres plantes, lui donnent une coloration bleue au contact de l'air[2]. On a cité des cas

quadrupèdes, ne le serait plus pour la femme dans la station debout. La différence doit résulter plutôt de la résorption plus facile du sérum pendant la stagnation du liquide dans les réservoirs ou conduits excréteurs de la glande.

[1] Nous indiquons seulement les chiffres des corps les plus importants qui entrent dans la composition du lait de femme.

Sur 100 parties :

Eau.	88,36
Résidu	11,64
Caséine	2,20
Matières grasses	2,64
Sucre.	5,20
Sels minéraux	0,178

[2] En dehors de ces colorations, dues à l'ingestion de certaines substances, le lait est quelquefois coloré en rouge, en jaune, ou en bleu, soit par son mélange avec le sang, soit par la présence de vibrions ou d'une matière colorante bleue encore mal connue, que la potasse et la soude font virer au rouge. (Art. LAIT. du *Dict. encycl. des Sciences méd.*, 2e série, t. I, p. 140.)

d'empoisonnement par le lait provenant d'animaux ayant mangé des plantes vénéneuses. Le passage des substances minérales à travers la mamelle, bien constaté pour quelques-unes d'entre elles, l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, l'antimoine, le mercure, a été utilisé, dans le but d'administrer ces divers médicaments aux nourrissons [1].

L'*examen microscopique* du produit de la sécrétion mammaire nous montre que ce liquide doit son opacité à des globules gras, variant de 1 à 9 μ de diamètre. On a admis l'existence d'un autre genre de globules de nature albuminoïde (globules de caséine). Nous avons montré que ces éléments n'existent pas, dans le liquide *étudié immédiatement au sortir de la mamelle.* Ce sont là des produits secondaires, résultant de coagulations spontanées, de modifications moléculaires, de même que la soi-disant membrane d'enveloppe des corpuscules graisseux [2].

Outre ces éléments, on observe dans le lait adulte, à l'état normal, quelques globules blancs semblables à ceux du sang ou de la lymphe, et de grosses cellules, gonflées, granuleuses, ou *corpuscules du colostrum.* Quand ces derniers corps sont en petit nombre, ils n'ont aucune importance relativement à la qualité de la sécrétion. En cherchant avec un peu d'attention, nous en avons toujours rencontré, même

[1] La variation qui s'observe dans la quantité de ces substances éliminées par la mamelle, dans un même espace de temps, rend l'administration des médicaments actifs difficile par cette voie. (Voyez, à ce sujet, les expériences de Lowald, *Annali universali di medicina et chirurgia,* 1875, et *Ann. de gyn.*, 1875, p. 156.)

[2] Voyez *Recherches sur les globules du lait.* (*Arch. de physiologie,* 1874.)

Nous avons insisté plusieurs fois sur l'importance de ces coagulations spontanées relativement à la digestibilité du lait, selon qu'il est puisé à la mamelle même, ou qu'il a séjourné quelque temps hors de la glande. Elles expliquent également certains accidents observés à la suite des *injections* de lait dans les vaisseaux. (Voyez *Association pour l'avancement des sciences,* 1874, et *Société de biologie,* 1879.)

chez les meilleures nourrices, et à n'importe quelle période de l'allaitement[1].

On désigne sous le nom de *colostrum*, le liquide blanchâtre, opalin, qui s'écoule de la mamelle avant l'accouchement, quelquefois dès le début de la grossesse, et à la fin de l'allaitement, en un mot, dans tous les cas où la glande n'est pas en pleine activité sécrétoire. Dans ces conditions, l'examen histologique nous montre un très grand nombre de grosses cellules granuleuses (corpuscules du colostrum), et quelques globules graisseux libres, dont la petite quantité explique le peu d'opacité du liquide. Au point de vue chimique, sa composition est à peu près la même que celle du lait parfait, avec quelques différences seulement dans les proportions. Il contient plus d'albumine, de sucre, et de beurre, et moins de caséine[2]. On lui attribue des propriétés purgatives, dues, probablement, à sa richesse en éléments glandulaires, qui causent une indigestion.

Malgré les progrès de nos connaissances, relativement à la composition du lait en général, l'examen chimique de ce liquide ne donne pas grands résultats, jusqu'à présent, en ce qui concerne sa valeur nutritive, par rapport à chaque sujet en particulier. Nous en dirons autant de l'examen histologique[3]. Au point de vue clinique, nous croyons que

[1] Nous indiquons ici la technique que nous avons suivie pour l'étude du colostrum, et qui nous a donné les meilleurs résultats. Il suffit de recueillir une faible quantité du liquide, qu'on laisse pendant vingt-quatre heures mélangé à 8 ou 10 fois son volume d'éther (un séjour plus prolongé peut altérer les éléments). En colorant ensuite par le picro-carminate d'ammoniaque une goutte prise au fond du vase au moyen d'une pipette, et conservant dans la glycérine, on a des préparations permanentes qui montrent admirablement le protoplasma et les noyaux des cellules.

[2] Ici l'analyse chimique paraît être en désaccord avec l'examen histologique, puisqu'il y a plus de graisse et moins de globules gras. Cette différence tient-elle peut-être à ce qu'une certaine quantité de la graisse du colostrum est combinée de façon à ne pas présenter ses caractères histologiques ordinaires.

[3] M. Bouchut pense que, par la numération des globules du lait, on peut acquérir des notions utiles relativement à la valeur d'une nourrice. (*Gazette des hôpit.*, 1878, p. 65.)

le seul réactif qui permette réellement de juger de la qualité d'une nourrice, c'est le nourrisson[1]. Et le moyen le meilleur de se rendre compte de l'état de l'enfant allaité consiste à recourir aux pesées successives[2].

Le mamelon, dont l'excitation augmente la *sécrétion glandulaire*, est surtout important au point de vue de l'*excrétion*. Du reste, ces deux éléments de l'acte physiologique ont un certain nombre de points de contact. L'expulsion du lait est due principalement à l'action de la *vis à tergo*. La glande se remplissant de plus en plus, le liquide nouvellement produit pousse devant lui celui qui existait déjà. Donc, plus la glande sécrète, et plus la sortie du lait est facile. Mais celui-ci est surtout élaboré, au fur et à mesure qu'il est transmis au dehors. La succion agit doublement dans ce cas, et peut être assez puissante pour amener la lactation, chez des femmes vierges, et encore mieux pour la rappeler, chez des multipares, en dehors de la grossesse, et à une époque éloignée de l'accouchement. (Nous reviendrons plus en détail sur ces faits, à propos des anomalies de la sécrétion.)

A l'état de repos, l'occlusion des conduits galactophores, dans une grande partie de leur trajet, est due surtout à l'élas-

[1] Dans certains bureaux de placement, les nourrices ont souvent un enfant très fort et très beau qui sert à plusieurs d'entre elles, et qu'elles montrent à tour de rôle comme le leur. Il est bon d'être prévenu de cette supercherie, quand on a à choisir une nourrice mercenaire dans ces conditions.

[2] Ce serait sortir de notre cadre, que de nous étendre longuement sur la quantité de poids que doit gagner un enfant dans les diverses périodes de l'allaitement. On trouvera ces chiffres dans les traités s'occupant de la physiologie et de la pathologie des nouveau-nés. Nous rappellerons seulement, qu'après avoir perdu de son poids dans les quelques jours qui suivent la naissance, il regagne ses pertes et progresse pendant les trois ou quatre premiers mois, dans la proportion de 25 à 30 grammes par jour. Ces chiffres, qui n'ont pas, bien entendu, une exactitude mathématique, baissent vers le huitième mois ; et l'accroissement quotidien n'est plus alors que de 10 à 20 grammes. Il suffira d'une pesée tous les huit ou quinze jours, pour se rendre compte de l'état du nourrisson.

ticité des tissus qui les entourent. Chez certaines femmes, les faisceaux musculaires sont trop peu nombreux et trop éloignés les uns des autres, pour qu'on puisse admettre une sorte de *tonus* musculaire, suffisant pour fermer ses canaux. L'excitation du mamelon amène le thélothisme, c'est-à-dire l'allongement de toute la partie saillante, la dilatation et l'effacement des plis de la muqueuse. Cette action nous paraît, surtout, imputable aux faisceaux musculaires obliques, qui agissent à la manière des muscles annexés aux bulbes pileux, et attirent en avant, les points sur lesquels ils s'insèrent inférieurement.

La preuve d'un certain degré de contraction musculaire active et expulsive nous est donnée par ce fait d'observation, que quand l'enfant quitte le sein, le lait, continuant à jaillir, est souvent lancé à une assez grande distance. Chez quelques femmes, le même phénomène se produit sous l'influence d'un simple attouchement du mamelon. Chez d'autres, au contraire, on rencontre le phénomène inverse, c'est-à-dire qu'une excitation nerveuse, une émotion vive par exemple, occasionne un spasme et une occlusion momentanée des canaux[1].

C'est, peut-être, par un mécanisme analogue au premier, que la chaleur fait couler le lait en abondance, quand on expose les mamelles engorgées à des vapeurs d'eau très chaude. Il n'y a pas à proprement parler de sphincter, ni de valvules, sur le trajet des voies d'expulsion. La disposition de la muqueuse et de ses plis, maintenue par l'élasticité des tissus ambiants, remplit à peu près le même rôle.

L'influence prédominante, dans le processus de l'excrétion

[1] Le thélothisme se produit également chez certaines femmes hémiplégiques et hémianesthésiques, du côté malade comme du côté sain, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé. Malgré ces faits de contractions localisées au mamelon, il nous a été impossible d'y constater la présence de ganglions nerveux automoteurs, que nous avons recherchés inutilement par divers procédés.

mammaire, est exercée par la succion, la bouche de l'enfant faisant le vide et aspirant ainsi les liquides contenus dans la glande. Le nourrisson, en tétant, produit un résultat triple. Il accélère la sécrétion, amène le thélotisme, c'est-à-dire l'ouverture des conduits, et, enfin, attire le lait dans sa cavité buccale à la façon d'une ventouse, comme on peut s'en assurer en introduisant le doigt dans la bouche d'un enfant à la mamelle.

DÉVELOPPEMENT DE LA MAMELLE

La mamelle se développe à la façon des glandes cutanées, aux dépens d'une dépression épidermique. Entre le troisième et le quatrième mois de la vie embryonnaire, on observe un épaississement de l'épithélium, se continuant avec la couche épidermique voisine. De cette petite masse lenticulaire unique, partent ensuite des bourgeons, d'abord pleins, creusés ensuite d'une cavité contenant des éléments desquamés et plus ou moins dégénérés. On a confondu, à tort, l'élimination de ces cellules granulo-graisseuses, avec la production de lait observée chez les nouveau-nés. On avait même avancé que les lobules de la glande n'existent que chez la femme adulte, au moment de la lactation. Nous avons montré qu'il n'en est rien[1]. En dehors de la période d'activité fonctionnelle, le tissu glandulaire est peu abondant et revenu sur lui-même. Au début de la grossesse, le bourgeonnement paraît commencer par la membrane propre, dans laquelle s'insinue peu à peu l'épithélium[2].

D'après Kolliker, le développement mammaire serait plus accentué et plus précoce chez les femelles que chez les mâles[3].

[1] *Recherches sur la mamelle des enfants nouveau-nés.* (*Arch. de physiol.*, 1875.)

[2] Winckler, *loc. cit.*, p. 297.

[3] Köllicker, *loc. cit.*, p. 800.

Nous n'avons pas fait de recherches dans cet ordre d'idées. Mais nous nous demandons, si, dans le peu de faits relatés, la différence selon le sexe, ne tenait pas à des variétés individuelles. Dans les quelques jours qui suivent la naissance, il est impossible d'admettre, d'après nos observations, une prédominance chez les filles.

Le mamelon ne se développe pas suivant un même mode, chez tous les mammifères. A une certaine période de la vie embryonnaire, chez l'homme comme chez les ruminants, il se forme, autour du champ glandulaire, un exhaussement circulaire de la peau. Mais, tandis que chez l'homme, cette saillie ne progresse pas davantage, que le champ glandulaire gagne en hauteur et prend l'apparence d'une grande papille conique, chez les ruminants, au contraire, le repli de la peau s'allonge et la glande s'enfonce.

Chez l'homme, les canaux galactophores viennent s'ouvrir au sommet de la papille, et chez les ruminants à la base du canal qui traverse le mamelon. On ne doit donc pas considérer ce canal comme un galactophore, ni son ampoule comme un sinus lactifère[1]. Il ne faut pas non plus chercher, chez les ruminants, une aréole autour et à la surface du trayon, car, chez eux, ces parties sont cachées, et situées à la base du canal qui traverse le pis[2]. Nous avons décrit une disposition à peu près identique chez le cobaye, qui, au point de vue du placenta et de la mamelle, présente une forme intermédiaire entre les ruminants et les carnivores[3].

[1] Huss, *Beiträge zur Entwicklung der Milchdrüsen bei Menschen und Wiederkaüern. Ienaïsche Zeitschrift f. medic. und naturwisch.*, 1872. Analysé dans *Jahresbericht*, 1872, t. I, p. 88.

[2] Voyez à propos de l'anatomie comparée de la mamelle, Gegenbauer, *Manuel d'anatomie comparée*, trad. franç., par C. Vogt, 1874, p. 555.

[3] *Société de biologie*, 1877.

ANOMALIES DE LA MAMELLE

Nous étudierons les anomalies mammaires, au point de vue de la *structure*, et au point de vue de la *sécrétion*.

ANOMALIES DE STRUCTURE.

Absence et état rudimentaire de la mamelle.

Les arrêts de développement peuvent atteindre la totalité de la mamelle, ou seulement une de ses parties constituantes, la glande ou le mamelon. L'*absence des deux mamelles* est très rare et coïncide avec d'autres anomalies souvent complexes. Il est presque aussi exceptionnel de la voir manquer *d'un seul côté*. Cette disposition, tantôt existe à l'état isolé, tantôt se complique d'autres monstruosités, telles qu'une fente latérale persistante du thorax, que la privation des côtes et des muscles pectoraux. Cet arrêt d'évolution remonte au deuxième mois de la vie intra-utérine.

L'absence du mamelon, ou *athélie*[1], n'a peut-être jamais été observée congénitalement. Les faits décrits sous ce nom sont, toujours, des cas de rétraction plus ou moins exagérée, sur lesquels nous reviendrons bientôt. Mais le mamelon peut manquer accidentellement, à la suite d'inflammations, d'eczéma, de morsures; cette dernière cause est de beaucoup la plus fréquente. Lorsque, consécutivement à l'un de ces accidents, les conduits galactophores s'oblitèrent, on observe souvent une atrophie de la glande. S'ils ont conservé leur perméabilité, on voit, quand la femme donne à téter du côté resté sain, le lait s'écouler simultanément par celui qui est atteint d'athélie[2].

[1] De α, privatif, et θηλή, mamelon.
[2] Duval, *loc. cit.*, p. 101.

L'*état rudimentaire*, tout en étant moins rare que l'absence complète de mamelle, n'est guère mieux connu, faute d'examen histologique. Il est habituellement associé à d'autres anomalies des organes génitaux. Dans un cas dont nous avons déjà parlé[1], il s'accompagnait d'un vice de conformation semblable de l'utérus et du vagin. La femme qui faisait le sujet de cette observation, quoique âgée de 26 ans, avait des seins comparables à ceux d'un enfant de 12 à 15, qui offraient, en outre, la particularité d'être privés d'aréole, et d'avoir un mamelon à peine appréciable. D'autres fois, au contraire, les mamelles ont leurs dimensions normales, malgré un utérus fœtal ou infantile[2]. Le plus souvent, la mamelle rudimentaire n'est pas en état de sécréter. C'est ainsi, que, dans des cas où cette anomalie existait d'un seul côté, sous l'influence de la parturition, la glande normale fonctionnait, l'autre restant improductive[3]. Ordinairement, le développement incomplet qui frappe le tissu glandulaire atteint également le mamelon. Les observations de mamelons rudimentaires ne sont souvent que des cas de rétraction (endothélie). Celle-ci se produit par prédominance des faisceaux musculaires longitudinaux, ou parce que les canaux galactophores sont trop courts, ou bien, encore, consécutivement à divers états pathologiques qui entraînent la formation de tissu fibreux rétractile. L'*endothélie* avait été attribuée, autrefois, à l'usage des corsets. Cette opinion pouvait être vraie à une époque où la mode imposait des corsets rigides et remontant très haut; mais les formes et la souplesse de ceux employés aujourd'hui les rendent tout à fait inoffensifs.

La *rétraction du mamelon* est un inconvénient grave pour

[1] Voyez page 252.
[2] Siredey et de Sinéty, *loc. cit.* (*Ann. de gyn.*, 1877.)
[3] Puech, *loc. cit.*, p. 89.

les femmes qui veulent allaiter. Si elle tient à un raccourcissement des conduits galactophores, il est difficile d'y remédier. Si c'est une autre cause qui est en jeu, on peut faire disparaître l'endothélie, à l'aide d'une série d'appareils, agissant, soit par la pression exercée à la base du mamelon, soit par le vide opéré au-devant de lui[1]. C'est ainsi que s'explique l'usage des diverses pompes, pipes, ventouses, bouteilles préalablement chauffées. Les bouts de sein artificiels ne sont qu'un moyen palliatif, et le meilleur de tous les procédés est encore la succion. Celle-ci doit être pratiquée de temps en temps, trois ou quatre mois avant l'accouchement. Nous ne croyons pas qu'il faille tenir compte des craintes exprimées par quelques auteurs, relativement à l'influence qu'aurait l'excitation du mamelon pour provoquer un accouchement prématuré.

L'*imperforation des conduits galactophores* n'est jamais congénitale. Cette disposition présente un obstacle absolu à l'allaitement, et tous les moyens thérapeutiques sont frappés d'avance de stérilité. Si les canaux sont seulement oblitérés par des débris épithéliaux, ou par l'accumulation de produits sébacés, une succion un peu forte, pratiquée par un sujet plus vigoureux qu'un nouveau-né, fera disparaître ces cordons durs et douloureux, désignés vulgairement sous le nom de *cordes de lait*, et permettra au liquide de s'écouler normalement.

Mamelles surnuméraires (polymastie).

Les mamelles, chez l'homme, sont, presque toujours, au nombre de deux. Dans certains cas, on en observe trois,

[1] L'action de l'aspiration buccale sur l'extrémité de la mamelle nous est démontrée par ce qui s'observe chez les marsupiaux, qui n'ont pas de mamelon au moment de la naissance de leurs petits, tandis qu'ils en présentent un très accusé au bout de peu de temps, sous l'influence de la succion.

quatre, cinq, sur un même sujet. Cette disposition anatomique, peu importante au point de vue clinique, présente un grand intérêt par rapport à l'anatomie comparée et aux théories darwiniennes[1]. Ces glandes surnuméraires siègent le plus souvent au-dessous des deux mamelles principales. On les a rencontrées, également, à l'aine, à la partie externe de la cuisse, dans la région axillaire. Les cas de mamelles dorsales ne nous paraissent pas suffisamment démonstratifs pour être admis sans contrôle. On a, très probablement, décrit sous ce nom, des tumeurs d'une tout autre nature, surtout des lipômes. Le volume de la glande accessoire est ordinairement moindre que celui de l'organe principal, auquel elle est reliée par un système vasculaire commun.

Les mamelles surnuméraires sont, habituellement, munies d'un mamelon. Elles subissent les mêmes modifications physiologiques que la glande normale, sous l'influence de la puberté, de la grossesse, et sécrètent du lait après l'accouchement. Quelquefois, elles ne fonctionnent qu'à une seconde ou troisième couche, étant restées silencieuses à la suite d'une première. Enfin, chez d'autres femmes, elles ne fournissent jamais aucune sécrétion, ou celle-ci est tellement minime qu'elle passe inaperçue[2]. L'examen histologique a montré que leur structure était identique à celle de l'organe normal. Le diagnostic anatomique est parfois difficile à faire, surtout chez les enfants, où on risquerait de les confondre avec certaines tumeurs, ou difformités de la peau. D'autres anomalies peuvent accompagner la polymastie,

[1] Voyez Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, *Des anomalies*, t. I, p. 710, et t. III, p. 353. — Darwin, *De la variation des animaux et des plantes*, trad. franç., 1868, t. II, p. 60, et, du même auteur, *La descendance de l'homme et la sélection sexuelle*, trad. franç., 1872, t. I, p. 134 et 139.

[2] Il en est de même pour les glandules de l'aréole pour lesquelles il faut chercher le lait pour le trouver, excepté dans des circonstances rares, comme celles qui se présentèrent dans l'observation de M. Pinard, à laquelle nous avons déjà fait allusion.

quoique, en général, elle reste à l'état isolé[1]. Comme presque toutes les dispositions anatomiques, celle-ci se produit souvent héréditairement. Lorsque la glande accessoire est située dans la région axillaire, elle détermine, parfois, une gêne telle, que les malades en réclament l'ablation.

La *présence de plusieurs mamelons* sur un même sein (polythélie) a été observée d'une façon indiscutable, non seulement par les anciens, mais encore démontrée péremptoirement par des observations modernes[2]. Les mamelons surnuméraires reposent, tantôt sur la mamelle, à côté du mamelon normal, tantôt en dehors de ce point, et possèdent une aréole propre, qui fait défaut dans d'autres cas. Rarement d'un volume égal à la saillie mamillaire principale, l'organe accessoire présente la même structure, les mêmes propriétés de coloration, de thélothisme, et donne passage au lait. Ce vice de conformation, plus fréquent qu'on ne le croit en général, s'observe, assez souvent, pour le sexe masculin, ainsi que nous l'a confirmé le témoignage de médecins militaires, que leurs fonctions mettent à même d'examiner en peu de temps un très grand nombre de sujets[3]. Du reste, les glandules de l'aréole possèdent de véritables petits mamelons en miniature, susceptibles de présenter le phénomène du thélothisme.

Hypertrophie de la mamelle.

Nous avons vu, à propos des menstruations précoces, que, chez certains sujets, les mamelles prennent un développement prématuré en rapport avec le début de la fonction

[1] On a cité des cas de polymastie s'accompagnant d'autres anomalies. Nous rappellerons celui d'Anne de Boleyn, qui possédait trois mamelles, et six doigts à chaque main et à chaque pied.

[2] Charcot et Legendre, *Soc. de biologie*, 1859, p. 773.

[3] Lacassagne, communication verbale.

cataméniale. En dehors de ces conditions, l'hypertrophie mammaire peut exister à l'état de phénomène isolé. C'est ainsi qu'on a observé des enfants de 3 ou 4 ans, avec des seins aussi volumineux qu'une femme de 20, et sans accompagnement d'hémorrhagie périodique[1]. Outre ces rares cas d'anomalie dans les dimensions des mamelles, chez les enfants, on voit, chez l'adulte, l'hypertrophie qui dépend de la gestation, dépassant ses limites physiologiques, être le point de départ d'une véritable infirmité[2]. La tumeur qui en résulte, d'abord ferme et résistante, devient ensuite molle, pendante, et tend à se pédiculiser. Le mamelon s'efface, l'aréole s'élargit, le poids et les diamètres de la glande prennent quelquefois des proportions colossales. Le plus souvent, ces phénomènes s'observent en dehors de toutes ces conditions, chez des jeunes filles avant la puberté, ou au moment de l'apparition des signes qui la caractérisent. Plus la menstruation est retardée, plus les glandes lactées augmentent de volume. C'est sur des femmes non encore réglées à l'âge de 20 ou 25 ans, ou même absolument aménorrhéiques, qu'on l'a surtout rencontrée. Les deux anomalies, aménorrhée et hypertrophie mammaire, sont fréquemment associées. On a aussi invoqué, au point de vue de l'importance étiologique, l'irrégularité ou la suppression brusque du flux cataménial. La graisse prend une plus grande part que le tissu glandulaire à la formation de ces tumeurs. Leur développement, plus ou moins prompt selon les cas, revêt quelquefois une marche aiguë.

Le *traitement* doit consister surtout à soutenir et à comprimer les seins ainsi grossis. L'iode, sous forme de frictions, et surtout administré à l'intérieur, est indiqué, dans

[1] Busch, *loc. cit.*, p. 100.

[2] Voyez, à ce sujet, Labarraque, *Étude de l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme*, thèse de doctorat, Paris, 1875.

ces conditions. Enfin, on est, quelquefois, forcé d'en arriver à l'amputation.

La femme n'est pas seule exposée à l'hypertrophie simple de la mamelle. Cette infirmité se rencontre également chez des sujets mâles, et prend alors le nom de *gynécomastie*. Elle se trouve dans la proportion de 1 sur 1500 environ, d'après la statistique du recrutement militaire. Au moment de la puberté, les phénomènes du côté des glandes mammaires, quoique moins accusés que chez la femme, se font, cependant, également sentir chez les jeunes garçons. Il existe un certain degré de gonflement, s'accompagnant d'un suintement séreux plus ou moins louche, et aboutissant même, dans quelques cas, à une *véritable mammite*. Ce processus rétrograde, ordinairement, au bout de peu de temps, et la glande reste stationnaire pendant toute la vie. Dans quelques cas, au lieu de s'arrêter, l'hypertrophie continue à s'accuser de plus en plus, et l'homme arrive à avoir des seins absolument comparables à ceux d'une femme [1]. Le volume exagéré de la mamelle coïncide fréquemment avec un arrêt de développement des organes génitaux. D'autres fois il n'en est rien, et l'anomalie mammaire existe seule, chez des hommes possédant toutes leurs fonctions génitales, et l'intégrité de tous leurs organes. On a publié des cas d'hypertrophie mammaire unilatérale, accompagnant la perte du testicule du même côté, à la suite d'un traumatisme, ou d'une orchite blennorrhagique ou ourleuse. Chez des sujets

[1] Dans un cas d'hypertrophie mammaire simple chez l'homme, dont nous avons avons fait l'examen histologique, les canaux galactophores étaient aussi développés que chez une femme en lactation et tapissés de deux couches d'épithélium cylindrique. Les culs-de-sac glandulaires contenaient quelques globules graisseux et formaient de vrais acini, peu nombreux, il est vrai, revêtus d'une seule couche d'épithélium cubique. Il n'existait presque pas de faisceaux musculaires dans la trame du mamelon. En revanche, on observait une quantité considérable de tissu adipeux, dans lequel étaient plongées les parties glandulaires.

de ce genre, avec difformité unilatérale consécutive aux oreillons, on a tenté, en vain, par des pompages quotidiens continués pendant plusieurs semaines, de faire sécréter du lait à l'organe hypertrophié[1].

La gynécomastie paraît s'être montrée, avec un assez grand degré de fréquence, chez certains peuples de l'antiquité[2]. La compression, associée à l'usage de l'iode, a suffi pour amener la diminution et même la disparition de quelques-unes de ces hypertrophies mammaires chez l'homme.

L'*atrophie de la mamelle* se rencontre, ordinairement, comme un signe de sénilité, et suit l'atrophie de l'utérus et des ovaires. Cependant, chez certaines vieilles femmes, la graisse persiste, et l'aspect des seins reste presque le même, malgré la disparition du tissu glandulaire. Des phénomènes du même ordre s'observent également chez des femmes jeunes, à la suite de maladies longues, d'allaitement prolongé, et même dans les premières périodes de la vie, consécutivement à la mastite des nouveau-nés.

ANOMALIES DE LA SÉCRÉTION MAMMAIRE.

On a voulu ranger parmi les anomalies de la sécrétion mammaire, la production de lait qui a lieu chez les enfants des deux sexes, dans les quelques jours qui suivent la naissance. C'est là un phénomène normal, qu'on observe à peu près constamment, si on a soin de le chercher[3], et qui paraît

[1] Voyez l'observation publiée dans la *Tribune médicale*, 1878.

[2] Voyez Hippocrate, *Des airs, des eaux et des lieux*, § 106. Voyez en outre, à ce sujet, les publications récentes de M. Lereboullet, *Union médicale*, 1877, et de M. Broca, *Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1877.

[3] Nous sommes arrivés, chez les nouveau-nés, à augmenter la quantité de lait produite et à prolonger la sécrétion pendant plusieurs semaines, en ayant soin de traire doucement, tous les jours, le liquide contenu dans les mamelles.

coïncider avec une poussée du côté des ovaires et des testicules[1].

En dehors de ces faits, la sécrétion du lait se montre à titre d'exception, chez des enfants ou des jeunes filles, en l'absence de toute espèce de rapprochements sexuels et de fécondation. La succion a suffi, parfois, pour amener ce résultat. Il est encore plus facile de rappeler la fonction glandulaire, par ce procédé, chez des femmes ayant accouché depuis plus ou moins longtemps. Pour quelques-unes, chaque période menstruelle s'accompagne d'un retour de la lactation. Cette sécrétion a pu être ranimée, même après la ménopause, et chez des sujets ayant dépassé 60 ans[2].

Pour l'homme, comme pour d'autres espèces animales, la production lactée s'observe quelquefois sur des individus mâles. L'analyse du liquide, dans des cas de ce genre, a montré qu'il était semblable au lait normal[3]. Mais la gynécomastie ne s'accompagne pas toujours d'aptitude fonctionnelle, ainsi que le prouvent les observations que nous avons citées plus haut, où, malgré toutes les manœuvres mises en usage pendant un temps prolongé, on n'avait obtenu aucune sécrétion.

De l'agalactie[4].

On désigne sous le nom d'*agalactie*, l'absence de sécrétion lactée, dans les conditions où elle doit normalement se produire. Le lait, quoique élaboré par la glande en plus ou moins grande abondance, n'est pas éliminé au dehors, dans

[1] Voyez, pour plus de détails à ce sujet, notre mémoire publié dans les *Arch. de physiologie*, 1875.

[2] On peut, par des excitations portées sur la mamelle, faire allaiter des animaux, des vaches par exemple, qui n'ont jamais été fécondées. (Claude Bernard, *Liquides de l'organisme*, t. II, p. 221.)

[3] Capron, *Anomalies de la sécrétion mammaire*, thèse de doctorat, Paris, 1877, p. 19.

[4] Agalactie ou agalaxie. De α, privatif, et γάλα, lait.

quelques cas, à cause d'une cicatrice du mamelon, d'une oblitération des canaux galactophores, d'une mastite. Ces faits, dus à un défaut d'excrétion, ne rentrent plus précisément dans l'agalactie, expression qui sert à désigner le manque de sécrétion.

Cette anomalie fonctionnelle est rarement complète. Par contre, on voit, assez souvent, la production du lait être peu abondante, et cesser au bout d'une courte période de temps. Dans les cas rares où la fonction mammaire est absolument nulle, les seins ne subissent aucune modification, ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement.

Ordinairement, les premières couches sont suivies d'une lactation moins abondante que les grossesses subséquentes. D'autres fois, c'est l'inverse qui s'observe, et la valeur d'une nourrice diminue à chaque nouvelle conception. L'âge de la femme a une grande importance à ce point de vue. C'est dans la jeunesse qu'on rencontre plutôt le premier processus, et le second, de préférence, passé une certaine période de la vie.

L'agalactie incomplète peut être difficile à reconnaître, chez des nourrices mercenaires qui ont intérêt à tromper. Si, au moment où on les examine, les seins paraissent peu riches, elles allèguent que l'enfant vient de téter immédiatement avant. Les caractères du liquide obtenu dans ces conditions permettent de juger la question. On sait qu'à la fin de la traite, le lait est crémeux, épais, à l'état normal. Si donc on le trouve clair et à peine opalescent, on est en droit de suspecter la véracité des assertions de la nourrice[1]. .

Parmi les causes d'agalactie, on doit mettre en première ligne l'hérédité, qui a été indiquée dans plusieurs observa-

[1] Besson, *Pathologie de la lactation*, thèse de doctorat, Paris, 1873, p. 11.

tions[1]. La perte d'habitude de l'allaitement maternel, dans certaines familles, a été, croyons-nous, invoquée avec raison. L'usage des corsets trop résistants et trop serrés, accusé justement, peut-être, à une autre époque, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne peut guère jouer un rôle aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène à cet égard. La plupart du temps, l'agalactie complète dépend d'une disposition individuelle d'origine inconnue. Les émotions vives et subites peuvent, chez certaines femmes très impressionnables, suspendre, momentanément, la production du lait. Il est bien douteux que cette influence soit jamais assez puissante pour amener une agalactie définitive.

Traitement. — Les moyens les plus divers ont été proposés pour faire disparaître cette anomalie fonctionnelle; la succion, les ventouses, les applications excitantes sur les seins. Les feuilles de certaines plantes, telles que le ricin, employées à cet usage, nous paraissent devoir agir plus sur l'imagination que sur la glande. On a obtenu, quelquefois, de bons effets de l'électricité. Ce mode de traitement, comme nous le verrons bientôt, a été également préconisé contre les accidents inverses, c'est-à-dire la galactorrhée. Contradiction qui n'est qu'apparente, car on comprend que des effets opposés soient obtenus avec un même moyen, selon que l'élément musculaire, ou le tissu glandulaire, est en cause. Rœhrig, basant une théorie thérapeutique sur ses expériences de physiologie, conseille l'usage du café et du jaborandi contre l'agalactie.

De la galactorrhée[2].

Nous avons vu que la femme à l'état normal produit, en 24 heures, environ 1300 grammes de lait, et que cette sécré-

[1] Capron, *loc. cit.*, p. 33.

[2] Quelques auteurs ont voulu établir une différence entre la galactorrhée (de

tion se prolonge, en moyenne, de 12 à 18 mois. Ces chiffres se modifient sous l'influence d'une foule de circonstances. Dans certains cas, même, la sécrétion lactée, par son extrême abondance ou sa durée exagérée, peut amener des troubles graves de l'organisme, se manifestant, surtout, par un degré d'anémie plus ou moins accusé[1]. Ce n'est plus, comme la plupart des anomalies mammaires, une curiosité anatomique ou physiologique, mais bien un état pathologique, pour lequel le médecin est souvent consulté. Les malades se plaignent d'éprouver une tension pénible des seins, des picotements du mamelon, sont obligées de se garnir, et mouillent plusieurs serviettes par jour. Dans les premiers temps, cette anomalie sécrétoire est, d'abord, une gêne pour elles, et une cause de dégoût pour ceux qui les approchent. Mais, à la longue, les femmes pâlissent, l'amaigrissement fait des progrès, l'appétit se perd, et on a à craindre l'hectricité, ou le développement de la phthisie pulmonaire[2]. L'excès de la sécrétion mammaire se montre, quelquefois, déjà, pendant la gestation; le plus souvent, c'est seulement après l'accouchement. Dès le début de la lactation, les seins produisent, alors, avec une telle abondance, que plusieurs enfants peuvent être allaités simultanément, et le sevrage n'arrête pas cette exubérance. Dans quelques cas, l'écoulement du lait se prolonge ainsi pendant des mois et des années[3].

γάλα, γάλακτος, lait, et ῥέω, je coule), et la galactirrhée (de γαλακτιάω, je regorge de lait, et ῥέω, je coule). Ces nuances étymologiques ne nous paraissent pas d'un grand intérêt, et nous conservons l'expression de *galactorrhée*, la plus généralement adoptée jusqu'à présent.

[1] Sée, *Du sang et des anémies*, Paris, 1866, p. 93.

[2] Guéneau de Mussy, *Cliniques médicales*, t. II, p. 367.

[3] Dans une observation que nous avons publiée (*Soc. de biologie*, 1877), la malade qui en faisait le sujet était accouchée pour la troisième fois après 3 ans de repos. Les deux premiers enfants avaient été allaités très longtemps. A la suite du dernier accouchement, elle n'avait pas même donné une seule fois le sein, et 18 mois après, nous constations un écoulement laiteux abondant par

La galactorrhée peut être *active* ou *passive*, c'est-à-dire résulter d'un excès de contractilité des muscles du mamelon, qui amène un thélotisme presque permanent, et facilite, par conséquent, l'issue du liquide, ou, au contraire, dépendre d'un relâchement, d'une dilatation des canaux, dont les replis effacés n'opposent plus aucun obstacle à sa sortie. Quelle que soit, du reste, l'origine de cette facilité d'excrétion, celle-ci suffit pour augmenter la sécrétion. Le rapport réciproque de ces deux éléments fonctionnels est connu pour toutes les glandes. Et c'est avec raison, qu'on a comparé les accidents dont nous nous occupons ici, à certains cas de spermatorrhée à la suite d'excès sexuels. Les causes qui produisent la galactorrhée sont souvent inexplicables. Quelquefois on l'a observée héréditairement, comme l'agalactie. Les femmes molles, lymphatiques, sont plus exposées que d'autres à cette variété d'anomalie sécrétoire. On a dit que l'absence d'allaitement pouvait en être le point de départ. Sans vouloir nier la possibilité de cette étiologie, nous pouvons affirmer que c'est l'inverse qui se voit presque toujours : une durée exagérée des fonctions de nourrice a été notée dans la plupart des observations. La galactorrhée peu abondante, et ne se prolongeant que quelques mois, est plutôt une incommodité qu'une véritable maladie. Mais si l'excès de sécrétion persiste longtemps, il peut en résulter un état d'affaiblissement qui prédispose à l'invasion de la phthisie pulmonaire, sans en être à proprement parler la cause. La production du lait, quand elle est par trop riche, n'est pas sans influence sur l'enfant. Si le liquide sécrété est de bonne qualité, on observe surtout des indigestions, des vomisse-

les deux mamelles. Le lait était très épais et beaucoup plus riche en graisse que celui d'une femme, à l'état normal, en pleine activité fonctionnelle. Il contenait, en outre, de nombreux cristaux de cholestérine. L'urine ne présentait aucune trace de sucre, ce qui venait encore à l'appui de ce que nous avons dit de la glycosurie des nourrices. Cette malade était pâle, faible et très amaigrie.

ments, de la diarrhée[1]. Si, malgré son abondance, il est altéré dans ses caractères physiologiques, le nourrisson ne tarde pas à dépérir et à présenter les signes de l'atrepsie[2].

Traitement. — Les femmes atteintes de galactorrhée doivent d'abord cesser d'allaiter, soit peu à peu, soit brusquement. Si les règles ne sont pas revenues, on cherchera à les rappeler par des fumigations chaudes, des bains de pieds sinapisés, des applications de sangsues à la région vulvaire. Contre l'état anémique, les toniques, le quinquina, le fer, l'hydrothérapie, agiront favorablement.

Les purgatifs répétés, les diurétiques et les sudorifiques, échouent, la plupart du temps, dans le traitement de l'hypersécrétion mammaire. Les narcotiques (opium à l'intérieur et liniment morphiné en frictions) paraissent avoir donné quelques succès. Nous en dirons autant des applications de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque et d'iodure de potassium[3]. L'agaric blanc a été souvent employé dans ces conditions, depuis les résultats encourageants publiés par Joulin[4]. Le chloral a été également préconisé. D'autres ont conseillé de recourir à l'électricité. Mais le meilleur de tous les procédés curatifs, associé ou non à un de ceux que nous venons de passer en revue, c'est la compression faite avec soin. Les deux seins sont d'abord recouverts de larges plaques d'amadou superposées, ou d'une

[1] On a attribué à cette cause le développement des gourmes. Nous ne voyons pas trop sur quoi on a pu baser cette idée. Du reste, quelle est la maladie que, dans le monde et même pour quelques médecins, on ne fasse pas remonter à l'allaitement ?

[2] Nous avons déjà parlé des cas où le lait contracte une couleur anormale, bleue, rouge ou jaune. (Voyez page 782.)

[3] 10 à 20 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque et 10 grammes d'iodure de potassium pour 200 grammes d'eau.

[4] On peut associer à l'agaric une petite dose d'iodure de potassium, le tout incorporé dans des cachets Limousin pour masquer le goût désagréable de l'agaric. Chaque cachet doit contenir 25 centigrammes d'agaric et 10 centigrammes d'iodure. On en conseillera 4 à 6 par jour.

épaisse couche d'ouate, de façon à obtenir un coussin élastique et résistant, emprisonnant toute la mamelle. Une bande de diachylon de la largeur de la main[1], appliquée sur l'ouate, contourne l'aisselle, passe derrière le dos et vient par le côté opposé rejoindre le premier chef. Puis on fait un certain nombre de tours, croisés sur la poitrine, suffisamment serrés pour comprimer sans trop gêner, en commençant par la partie inférieure des seins. Le diachylon a l'avantage de laisser l'appareil se relâcher moins; mais il a l'inconvénient d'irriter certaines peaux délicates et très sensibles. Alors la compression sera faite, seulement, au moyen de l'ouate et de bandes de toile. Dans ces conditions, l'appareil se desserre facilement, et doit être renouvelé presque tous les jours. Ce mode de traitement nous a donné de bons résultats, dans les cas où nous l'avons employé.

INFLAMMATIONS DE LA MAMELLE

On a divisé les inflammations de la mamelle en *phlegmoneuses* et *parenchymateuses*, selon que les lésions siégeaient dans le tissu conjonctif, ou dans la glande elle-même. Cette classification nous paraît plutôt basée sur des vues théoriques, que sur des observations anatomo-pathologiques. Les altérations qui atteignent les parties profondes du sein ont fréquemment leur point de départ dans des plaies superficielles, et coïncident rarement avec l'intégrité des téguments. Nous croyons donc que la pathogénie de toutes ces inflammations est à peu près identique, quelque soit leur siège, et, dans la majorité des cas, elles sont sous la dépendance du système lymphatique[2]. On pourrait rapprocher ce

[1] Il est bon de formuler sur son ordonnance *diachylon des hôpitaux*.

[2] Cette opinion avait été surtout défendue par Nélaton, à une époque où l'on ne connaissait pas aussi bien qu'aujourd'hui la structure du système lymphatique. (Voyez Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, t. IV, p. 18.)

qui a trait à la mamelle, de ce que nous avons dit des lésions de même nature observées du côté de l'utérus, et dans son voisinage, pour la pelvipéritonite et le phlegmon du ligament large. Nous étudierons d'abord les affections du mamelon, et dans un second chapitre celles qui atteignent les régions profondes de la glande, ou les tissus qui l'entourent.

Inflammations et lésions du mamelon.

Anatomie pathologique. — La peau du mamelon, par sa minceur et les nombreux plis qu'elle présente, est plus exposée que toute autre aux ulcérations, surtout chez les femmes qui allaitent. On a donné à ces petites plaies tégumentaires, des dénominations différentes, selon leur degré de profondeur. C'est ainsi que l'*excoriation* devient une *fissure* ou une *gerçure*, puis *une crevasse*. Les ulcérations siègent, le plus souvent, à l'extrémité du mamelon, ou à sa base, dans le sillon qui le sépare de l'aréole. Leur forme est irrégulière, ou en croissant, et il faut, quelquefois, distendre et étirer la papille pour les découvrir. Les crevasses atteignent, chez certaines malades, une profondeur suffisante, pour circonscrire toute la base de l'appendice mamillaire, et le séparer des tissus sous-jacent, auxquels il n'adhère plus que par les canaux galactophores. Dans quelques cas même, il est complètement détaché et tombe spontanément. Ces lésions peuvent rester limitées au mamelon, ou gagner en profondeur, et donner lieu à des abcès plus ou moins superficiels. Quand les femmes n'allaitent plus depuis un peu de temps. les surfaces excoriées se recouvrent de croûtes qui les masquent.

Symptômes. — Le plus généralement, les ulcérations du mamelon n'apparaissent que quelques jours après l'accouchement. Elles se manifestent par une douleur vive dans le

point où elles siègent, et s'accompagnent de frissons et de fièvre. Assez souvent, les souffrances locales sont peu accusées au début, et les manifestations générales pourraient faire croire à l'invasion d'accidents puerpéraux graves. Au bout de peu de temps, les phénomènes douloureux prennent un degré considérable d'acuité, au point d'arracher des cris aux patientes, au moment où elles mettent l'enfant au sein. Sous cette influence, le sommeil fait défaut, l'appétit se perd, et l'allaitement est fréquemment compromis.

Il est rare que les crevasses donnent lieu à des hémorrhagies. Cependant, il faut être prévenu de la possibilité du fait, dans les cas où on trouverait du sang dans les vomissements ou les garde-robes du nourrisson.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente généralement aucune difficulté. A peine pourrait-on prendre une ulcération simple du mamelon, pour une lésion de nature syphilitique. Le chancre présente des caractères qui ne permettent pas de le confondre. Une erreur serait plus facile à commettre pour des accidents secondaires. Mais ceux-ci possèdent, le plus souvent, une forme, une couleur et une étendue, qui les différencient de la fissure non spécifique. Dans le doute, les commémoratifs et surtout l'inspection des autres régions, éclaireront la question. Il est, en effet, très rare, de trouver des syphilides uniquement limitées au mamelon, où elles ne siègent pas de préférence. L'examen du nourrisson ne doit pas non plus être négligé dans des cas de ce genre.

Pronostic. — Les ulcérations du mamelon ne constituent pas une affection grave pour la vie de la femme. Elles guérissent, le plus habituellement, par le fait seul de la cessation de la fonction glandulaire. Les fissures circulaires sont plus difficiles à cicatriser, que celles dont la direction est longitudinale. Ces lésions ne présentent de gravité que comme

entraves à l'allaitement. En outre, elles sont souvent le point de départ d'abcès mammaires.

Étiologie. — Chez certaines femmes, le mamelon est tellement sensible, que le moindre attouchement, le simple contact d'une étoffe, suffisent pour causer de la douleur. Cette hyperesthésie s'observe en dehors de toute lésion inflammatoire, mais elle y prédispose évidemment. D'autant plus, qu'elle coïncide, souvent, avec une finesse extrême de la peau de cette région.

De nombreuses causes ont été invoquées, pour expliquer la production des ulcérations du mamelon. En première ligne, l'allaitement, qui agit de plusieurs façons. D'abord en tiraillant et distendant les plis qui sillonnent la peau, ce qui nous explique pourquoi ceux à surface lisse sont moins souvent atteints que les autres. Ces replis sont, en outre, exposés à retenir les poussières, les corps étrangers, qui les irritent à leur tour. Ensuite, la macération de l'épiderme, par son contact perpétuel avec les liquides plus ou moins altérés, soit le lait, soit la salive[1], facilite encore le développement de ces petites lésions.

La forme de la papille exerce également une influence sur la production des fissures. Celles à base rétrécie, en champignon, ou très rétractées (endothélie), montrent une disposition toute particulière pour ce genre d'altération. On a considéré l'action du froid comme une cause fréquente de gerçures du sein. Cette hypothèse est admissible, si on la rapproche surtout de ce qu'on observe si habituellement sur d'autres muqueuses, en particulier sur celle des lèvres.

Les ulcérations de cette région se rencontrent chez beaucoup de femmes, principalement dans les services d'hôpital. On les voit se produire sur près d'un quart des nouvelles

[1] On a observé que les enfants atteints de stomatites simples ou parasitaires pouvaient occasionner des gerçures aux seins de leurs nourrices.

accouchées. Les primipares, et parmi elles, avant tout, les femmes lymphatiques à peau fine et délicate, y sont plus exposées que celles qui ont eu déjà plusieurs enfants.

Traitement. — Ces ulcérations, une fois développées, sont assez difficiles à guérir; tandis que par un traitement préventif, employé à temps et avec soin, on peut, le plus souvent, les empêcher de se produire.

Les deux principales indications consistent, à donner au mamelon une forme et des proportions convenables, et à durcir son épiderme. Trois mois avant le terme de la grossesse, on répétera tous les jours de légères tractions en le pressant entre les doigts. Si on a recours à l'application d'une ventouse ou d'une pompe, il faut avoir soin de ne faire le vide qu'avec précaution, et incomplètement au début, de peur d'exagérer l'afflux sanguin. Simultanément, des lotions astringentes seront pratiquées avec une solution légère de tannin, ou de quinquina[1]. Après chaque lavage, on doit essuyer soigneusement la surface, et ne pas craindre de la laisser exposée de temps en temps à l'air, pour chercher à diminuer ainsi sa susceptibilité. A l'aide de ces moyens employés longtemps d'avance, on arrive à rendre aptes à l'allaitement, des organes qui semblaient, d'abord, absolument incapables de remplir leur rôle. Enfin, la femme doit donner le sein quelques heures après la délivrance, et ne pas attendre la montée du lait.

Pour commencer à nourrir, il faut d'abord placer le mamelon dans la bouche de l'enfant au-dessus de la langue. Ensuite, l'essuyer, et le mettre à l'abri du froid après chaque tétée. Les repas du nouveau-né seront réglés, ce qui est préférable pour la mère et pour le nourrisson. Telles sont les précautions au moyen desquelles on a de grandes chances

[1] Le vin rouge ou la décoction de roses de Provins agissent surtout par le tannin qu'ils contiennent.

d'éviter les ulcérations. Quand celles-ci se sont produites, la cessation de l'allaitement suffit ordinairement pour les faire disparaître; mais on voit, quelquefois, à leur suite, se développer des abcès mammaires. Si la femme veut continuer à nourrir, avec un peu de patience, elle y arrive parfois. On pourra faciliter la guérison des crevasses, en touchant la petite plaie avec le crayon de nitrate d'argent. Immédiatement après la cautérisation, on neutralise l'excès de sel lunaire par des lotions avec une solution saturée de chlorure de sodium. L'acide picrique, étendu avec un pinceau sur les points malades, a également été vanté pour cet usage[1].

Les onctions répétées trois fois par jour avec les glycérolés au tannin constituent un bon mode de traitement[2]. L'application d'un morceau de baudruche, maintenu sur ses bords par une couche de collodion[3], est un procédé qui donne aussi des résultats satisfaisants. La baudruche, percée à son centre d'un certain nombre de trous, est placée sur le mamelon de façon à ce que ses bords, qui doivent dépasser la circonférence de l'aréole, puissent être fixés sur la peau au moyen du collodion. Avant chaque tétée, on doit humecter la membrane, et, dans l'intervalle, la recouvrir d'un linge glycériné.

Comme médicament interne, le sulfate de quinine sera administré à la dose de 30 ou 40 centigrammes, deux fois par jour, au début des accidents, quand il existe de la fièvre.

[1] Acide picrique. 2
Eau. 100

Laver le mamelon avant et après l'application du médicament. (Charrier, *Ann. de gyn.*, 1876, p. 77.)

[2] Glycérine pure (ou glycérolé d'amidon) 30
Tannin 4

Procédé préconisé par Legroux.

Si, malgré ces moyens, on est forcé de suspendre l'allaitement, on cherchera à obtenir une dérivation du côté du tube digestif, avec des purgatifs salins, ou l'huile de ricin. Quant aux soi-disant anti-laiteux, ils n'ont d'autre action, en général, que de satisfaire l'imagination des malades. De toutes les substances à donner à l'intérieur, dans ces conditions, la meilleure est, sans doute, l'iodure de potassium, à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour. On a conseillé, en outre, d'extraire le lait avec la pompe. Cette manœuvre a l'inconvénient d'exciter la sécrétion et de prolonger sa durée. Les seins, préalablement enduits d'une couche de pommade calmante ou d'onguent mercuriel belladoné, seront recouverts d'une épaisse couche d'ouate et soutenus par un bandage approprié.

Grâce à toutes ces précautions, on peut espérer d'éviter aux malades atteintes d'ulcérations mamillaires, les douleurs intenses et prolongées résultant de la formation des abcès.

Inflammations de la mamelle (mastite, mammite, abcès du sein).

Anatomie pathologique. — A la suite de l'accouchement, les seins subissent une augmentation considérable de volume, due à la congestion qui accompagne la sécrétion lactée. Ces quelques troubles généraux atteignent leur maximum d'intensité vers le troisième ou quatrième jour, et constituent ce qu'on désignait autrefois sous le nom de *fièvre de lait*. Les travaux modernes ont démontré qu'il n'existe pas de fièvre, à proprement parler, et quand la température dépasse 37 à 38 degrés, c'est qu'il y a une complication quelconque. Il faut alors chercher avec soin, soit du côté des organes génitaux internes ou externes, soit du côté des mamelles, et il est bien rare qu'on ne trouve pas l'ex-

plication anatomo-pathologique de ce mouvement fébrile. La congestion mammaire, sans dépasser ses limites physiologiques, est souvent assez intense pour rendre les seins très volumineux, rouges, douloureux, les ganglions axillaires tuméfiés. Malgré des apparences aussi voisines de celles de l'inflammation, l'exagération de ces phénomènes aboutit, très rarement, à une véritable mastite, et à la formation des abcès. Ceux-ci ne se montrent que plus tard, presque toujours à la suite de gerçures ou de crevasses du mamelon.

On divise les phlegmasies de la mamelle, suivant leur siège, *en phlegmons sous-cutanés*, *glandulaires*, et *profonds* ou *rétro-mammaires*. Ces derniers produisent rapidement une vaste collection purulente étalée au-dessous de la glande, qu'elle soulève en totalité. Les phlegmons glandulaires envahissent, en général, d'abord un seul lobe. Ce n'est que successivement, qu'un second ou un troisième est atteint, d'où ces abcès multiples, se succédant pendant une longue période de temps. Peu à peu, tous les points de la glande finissent par être lésés chacun à leur tour. Les suppurations profondes deviennent quelquefois sous-cutanées, et donnent ainsi lieu à ce qu'on appelle *abcès en bouton de chemise* ou *en bissac*.

La gangrène de la mamelle est rare. Nous l'avons vue surtout se localiser au mamelon et à l'aréole. Des cas de ce genre s'observent principalement dans les salles d'hôpital, et coïncident souvent avec des épidémies de gangrène vulvaire ou d'accidents puerpéraux graves.

Symptômes, marche. — Les inflammations mammaires revêtent tantôt une forme *aiguë*, tantôt une forme *subaiguë* et même *chronique*.

Dans la forme aiguë, les malades sont prises de frissons, de fièvre; la température s'élève, et peut atteindre, pendant

quelques jours, jusqu'à 39 et 40 degrés. Les seins sont gonflés, rouges, sensibles à la pression. Un des deux, surtout, présente sur un point limité une induration et une rougeur plus marquées. Si l'inflammation s'accentue, les ganglions axillaires se prennent à leur tour.

Quelquefois la phlegmasie s'arrête, la tuméfaction se résorbe et disparaît au bout d'un certain temps. Cette terminaison favorable est peu fréquente, et, le plus souvent, l'inflammation aboutit à la formation d'abcès, qui entraînent des douleurs violentes, jusqu'à l'évacuation du pus. L'ouverture spontanée de la collection purulente a lieu ordinairement au bout de 15 jours environ. Elle est plus ou moins retardée, selon la profondeur de l'abcès. Quand le foyer communique avec les canaux galactophores, le pus qui s'écoule par l'ouverture irrégulière du trajet fistuleux est habituellement mélangé de lait.

Lorsque la poche purulente est située au-dessous de la mamelle, dans le tissu conjonctif qui la sépare des couches musculaires, le sein est repoussé en totalité loin des plans osseux, sa base est comme œdémateuse, et il a l'air d'être appliqué sur une vessie élastique. Le phlegmon mammaire circonscrit est souvent multiple, et envahit successivement jusqu'à 20 et 30 points différents. Il en résulte, que les téguments de la région sont parsemés d'orifices, disposition qu'on a comparée à *une pomme d'arrosoir* (Velpeau). Le lobule malade correspond, presque toujours, à une crevasse située du même côté et dans la même zone. Nous avons dit que le pus qui s'écoule par l'orifice de l'abcès était parfois mélangé à du lait. Il contient, en outre, dans quelques cas, une certaine quantité de gaz fétides, même au moment de l'ouverture, avant qu'il existe aucune communication apparente avec l'extérieur[1].

[1] Peut-être pourrait-on expliquer ces faits par la pénétration de germes in-

Les inflammations mammaires ne sont pas toujours circonscrites et limitées à un ou plusieurs lobes, et peuvent donner lieu à des symptômes graves, adynamiques, et présenter la marche du *phlegmon diffus*. On voit alors de nombreuses phlyctènes à la surface de l'organe, qui est très volumineux, d'une couleur généralisée, rouge sombre ou violacé, et donne à la palpation la sensation d'une éponge imbibée de liquide.

Que l'ouverture des abcès ait lieu spontanément, ou artificiellement, il se forme *des fistules laiteuses* qui persistent longtemps, même après la guérison des lésions inflammatoires. Cependant, le plus ordinairement, elles guérissent et disparaissent avec la lactation. A la suite des phlegmasies de la mamelle, terminées soit par résolution, soit par suppuration, il reste, fréquemment, de petits foyers indurés. Ces indurations limitées ne donnent lieu à aucun symptôme, mais préoccupent tellement les malades, qu'elles en réclament parfois l'ablation.

Diagnostic. — Le diagnostic des inflammations aiguës de la mamelle ne présente aucune difficulté. Les indurations localisées qui leur succèdent peuvent seules être embarrassantes à interpréter. Leur mobilité et l'absence d'adhérences, aussi bien avec la peau qu'avec les tissus sous-jacents, permettent de les distinguer d'avec des tumeurs malignes au début. En outre, les commémoratifs, les cicatrices tégumentaires, enfin la marche si différente dans les deux cas, ne laisseront pas subsister le moindre doute dans l'esprit de l'observateur.

Pronostic. — Les inflammations de la mamelle constituent des affections douloureuses, rebelles et opiniâtres.

troduits grâce aux lésions de la surface, celles-ci s'étant cicatrisées, tandis que les ferments continuaient à se développer dans les espaces lymphatiques ou les naux galactophores.

En général, elles ne mettent pas en danger la vie des malades. Le pronostic est moins favorable pour les femmes débilitées, délicates, aux mamelles pendantes, chez lesquelles l'envahissement de quelque diathèse, principalement de la diathèse tuberculeuse, est plus à craindre. L'érysipèle est une complication redoutable des abcès du sein, surtout dans les services hospitaliers. Il présente, quelquefois, une gravité considérable quand il s'étend à la poitrine.

Le phelgmon diffus de cette région, comme sur les autres points de l'économie, est souvent suivi de mort.

Étiologie. — Les phlegmasies mammaires, beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, s'observent généralement dans la période puerpérale. Assez rares pendant la grossesse, c'est surtout un certain temps après l'accouchement qu'elles se développent. Cependant, on les rencontre en dehors de ces conditions, à la suite d'un traumatisme, ou d'une affection cutanée, érythème, érysipèle, eczéma[1]. Les inflammations mammaires atteignent indistinctement les sujets des deux sexes, au moment de la puberté, ou dans les quelques semaines qui suivent la naissance. Les premières suppurent rarement et se terminent presque toujours par résolution. Les mammites des nouveau-nés sont en beaucoup de points comparables à celles des nourrices, puisqu'il s'agit, à cet âge, d'une véritable lactation, sauf que les causes qui les amènent, le plus ordinairement, chez les nourrices, c'est-à-dire les excoriations du mamelon, n'existent pas chez l'enfant. Dans nos pays, on observe ces abcès infantiles avec un égal degré de fréquence dans les deux sexes. Ils paraissent, au contraire, beaucoup plus communs chez les petites filles, dans les contrées où on a conservé le préjugé de malaxer

[1] Nous avons vu des abcès superficiels se développer sous l'influence de la gale, dont la mamelle est un des sièges de prédilection.

la mamelle dès la naissance, dans le but de *faire le mamelon* pour l'âge adulte[1], et de faciliter ainsi plus tard l'allaitement.

Au point de vue clinique, ce sont surtout les abcès mammaires des nourrices qui présentent de l'intérêt. On s'est demandé si ces accidents étaient plus habituels chez les femmes qui allaitent, ou dans les conditions opposées. Ils peuvent, à la rigueur, se développer dans les deux cas, mais on les observe, surtout, chez celles qui ont donné le sein pendant quelques jours, et ont, par conséquent, été exposées aux ulcérations du mamelon. Les lésions tégumentaires sont, la plupart du temps, le point de départ des abcès, et l'engorgement physiologique seul, quelque accusé qu'il puisse être, ne donne pas lieu à la suppuration.

La rétention des produits de sécrétion, admise par les anciens comme cause de mammite, doit être reléguée au second rang. Nous en dirons autant de l'inflammation des canaux galactophores, qui n'a pas été bien démontrée anatomiquement, et à laquelle certains auteurs ont fait jouer un rôle très exagéré à notre avis. Nous attachons une importance primordiale aux lésions du système lymphatique, dans la pathogénie des abcès de la mamelle. On a donné comme argument, contre cette théorie, l'intégrité fréquente des ganglions axillaires, et la marche de l'inflammation, en sens inverse du cours de la lymphe[2]. La richesse du tissu conjonctif périglandulaire en espaces lymphatiques, nous permet de comprendre que l'inflammation puisse rester longtemps localisée dans cette étape de son développement, avant de gagner les vaisseaux émergents et les ganglions axillaires. Quant au second argument, nous lui opposerons

[1] Voyez, à ce sujet, le *Brit. médic. journ.*, 1874, et le *Progrès médical*, 1874, p. 658.

[2] Follin et Duplay, *Pathologie externe*, t. V, p. 595.

la comparaison de ce qu'on observe dans les lymphangites circum-utérines, qui, profondes d'abord, deviennent plus tard superficielles. La fréquence plus grande des accidents de ce genre, chez les femmes à tempérament lymphatique, augmente encore l'identité apparente des deux affections.

Les phlegmons sous-aréolaires et sous-mammaires sont les formes que l'on observe le plus souvent, en dehors de l'état puerpéral. Les derniers sont quelquefois consécutifs à des lésions du squelette, à une carie costale.

Traitement. — Ce que nous avons dit de la pathogénie des abcès du sein indique, déjà, que le traitement prophylactique joue encore ici le rôle le plus important. En effet, si on parvient à empêcher les gerçures du mamelon, on prévient, presque toujours, le développement de la mammite. Si des ulcérations sont déjà formées, on doit s'efforcer de les faire disparaître, par les différents procédés que nous avons indiqués.

Lorsque l'inflammation est manifeste, on cherchera à hâter la résolution au moyen de cataplasmes, d'onctions avec l'onguent napolitain belladoné[1]. Les seins seront soutenus par un bandage croisé. En outre, on administrera quelques purgatifs salins, et de petites doses (40 à 50 centigrammes par jour) d'iodure de potassium. L'action de la belladone, prise à l'intérieur, nous paraît bien problématique, dans ces conditions, et n'a eu aucune influence sur la marche de la phlegmasie, dans les cas où nous l'avons employée.

Quand les accidents sont très accusés, et que les douleurs sont vives, on associe le sulfate de quinine aux opiacés, et surtout aux sels de morphine. Le collodion, appliqué sur la

[1] Meissner a beaucoup vanté l'application sur les seins de compresses trempées dans une décoction de fleurs d'arnica. *Ueber recidivirende Brustdrüsenabscesse bei Wöchnerinnen.* (*Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I, p. 170.)

surface des seins, a été vanté comme un excellent moyen, compressif et résolutif à la fois.

Tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir, quand le pus est collecté, et que la fluctuation est appréciable. M. Gosselin conseille l'abstention, dans la crainte de provoquer un érysipèle[1]. Cette pratique, peut-être plus prudente dans les services nosocomiaux, n'est pas applicable en dehors de ces conditions, et, en général, il nous semble préférable d'inciser, dès qu'on perçoit la fluctuation. On évite ainsi des décollements plus profonds et surtout on soulage considérablement les malades. L'incision doit être faite suivant une ligne partant de l'aréole et se dirigeant vers la circonférence de la mamelle, afin de ne pas risquer de léser les canaux galactophores.

Les divergences d'opinion n'existent que pour les abcès circonscrits et superficiels. Chacun s'accorde à conseiller l'intervention immédiate, aussi bien pour les collections purulentes rétro-mammaires, que pour les phlegmons diffus. Dans ces derniers cas, on doit faire des incisions larges et profondes, auxquelles on associera des injections antiseptiques. Les toniques seront administrés sous toutes les formes, dans le but de soutenir les forces des malades.

Les abcès mammaires n'entraînent pas forcément le sevrage. On se contentera d'éviter de donner le sein du côté lésé, si les galactophores communiquent avec le foyer purulent. On ne peut, du reste, pas tracer de règle absolue à cet égard, et une foule de circonstances doivent influencer la décision du médecin, pour permettre la continuation de la nourriture, ou la faire cesser. Nous avons vu bien des femmes conduire ainsi l'allaitement jusqu'à la fin, malgré la pré-

[1] Gosselin, *Cliniques de la Charité*, t. II, p. 57.

sence d'un abcès mammaire, et avec un résultat favorable pour elles et pour leurs nourrissons.

Les fistules qui persistent après la cessation de tout phénomène inflammatoire réclament parfois un traitement spécial. Quand elles sont anfractueuses et profondes, on les voit résister à la compression, aux injections irritantes, même aux contre-ouvertures et à l'introduction des drains. Il faut alors recourir à une intervention chirurgicale, pour régulariser le trajet fistuleux et amener ainsi la guérison.

FIN.

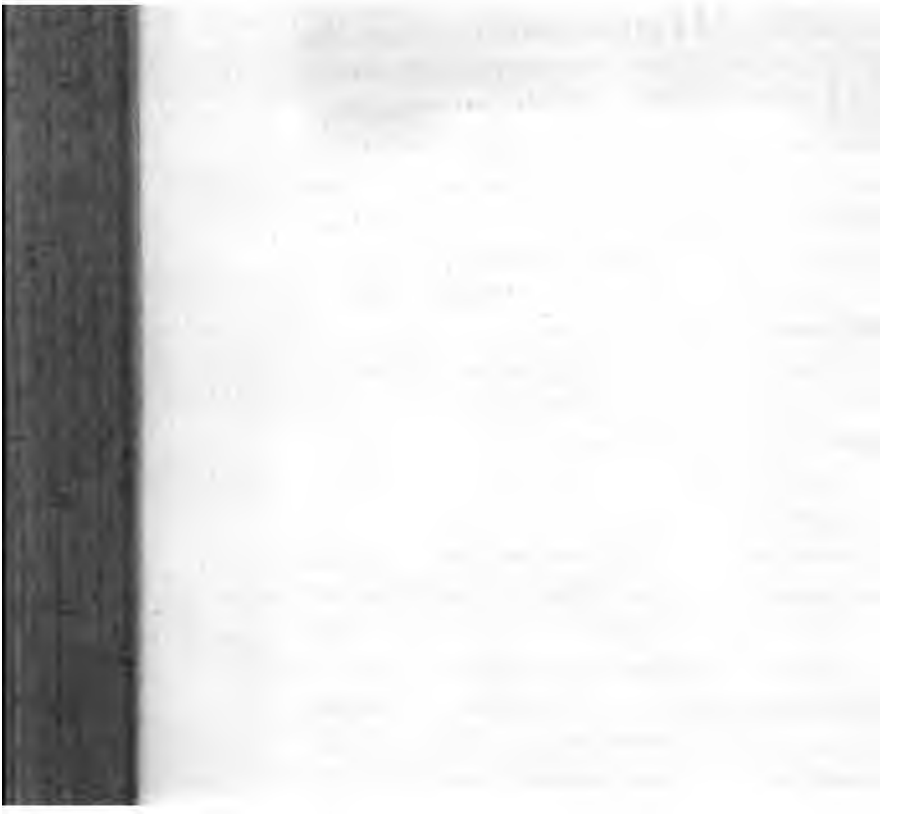


TABLE ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS CITÉS

Amussat, 463.
Andral, 550.
Anger, 721.
Aran, 313, 317, 397, 503, 510, 545, 603. 602, 666, 671, 672, 677, 698, 707.
Aristote, 728.
Arndt, 219.
Aubinais, 510.
Auger, 680, 681, 685.
Auslander, 743.
Avrad, 552.

Bach, 240.
Baer, 729.
Bailly, 88, 89, 259.
Balbiani, 536, 543, 730, 732, 733, 735, 742.
Barelt, 561.
Barié, 545, 558.
Barker, 545.
Barnes, 433, 457, 473, 474, 520, 525, 701.
Bartholin, 85.
Bastien, 511.
Battey, 569.
Bayard, 259.
Becker, 732.
Beigel, 59, 76, 125, 126, 168, 175, 176, 177, 181, 223, 254, 258, 431, 509, 525, 524, 547, 550, 558, 559, 570, 580, 582, 603, 658, 642, 653, 694, 704, 714, 733.
Beneden (Van), 551, 730, 731.
Bernard (Claude), 748, 773, 797.
Bernutz, 281, 480, 483, 488, 497, 490, 570, 573, 574, 657, 663, 666, 687, 689, 694, 700, 710, 716.
Bert (P), 779.
Bertillon, 727.
Besnier, 366, 700.
Besson, 798.
Bischoff, 551, 736.
Blau, 450.
Blot, 131, 777.
Boda, 372.
Boinet, 605, 607, 615.
Bonecaze, 153.
Bouchut, 557, 784.
Boudin, 451.
Bourdon, 656.
Bourguet, 73, 77, 79.
Bourneville, 450.
Bouveret, 586.
Braunschweig, 513, 580.
Breisky, 147.
Brès, 771.
Broca, 420, 457, 547, 736, 796.
Brouardel, 473.
Brown Séquard, 231, 247.
Bruntzel, 471.
Buffon, 729.

Calliburcès, 248.
Camiade, 562.
Capron, 797, 799.
Chantreuil, 246, 456.
Charcot, 315, 711, 721, 793, 450.

Charrier, 808.
Chassaignac, 297.
Chenet, 290, 565.
Chéron, 427.
Chiari, 466.
Clarcke, 447.
Cohnstein, 456, 748.
Constantain (Paul), 411.
Cornil, 65, 74, 86, 444, 446, 467, 475, 661, 780.
Coste, 544, 729, 751.
Cotelle, 715.
Courty, 41, 59, 208, 268, 291, 379, 382, 448, 452, 464, 508, 510, 525, 650, 740.
Cousin, 626.
Coyne, 771.
Credé, 700.
Crevet, 292.
Crosse, 522.
Cruveilhier, 416, 623, 641, 681, 726, 752, 764.

Dancel, 564.
Darolles, 586.
Darwin, 792.
Davaine, 721, 737.
Debove, 563, 532.
Delaunay, 142, 145.
Delmas, 765, 772.
Delore, 410, 708.
Derneux, 581.
Depaul, 456, 524, 750, 757, 759, 760, 774.
Després, 380.
Devins, 347.
Dézeimeris, 366.
Donné, 182.
Duchenne (de Boulogne), 562.
Duguet, 750, 753.
Dujardin, 182.
Dumont-Pallier, 492, 495, 753.
Duplay, 723, 816
Dupuy, 19, 295.
Duval, 765, 770, 772, 789.

Eckard, 775, 776.
Elischer, 258.
Ellinger, 270.
Engelmann, 548.
Englich, 582.
Eppinger, 579.
Ercolani, 751.
Eustache, 165, 169.
Exner, 534.

Favrot, 490.
Fehling, 414.
Feltz, 19.
Fiaux, 778.
Fioupe, 236, 681.
Flinth, 558.
Færster, 251, 587, 431, 464.
Follin, 720, 816.
Fourcault, 366.
Fournier, 94, 95, 107, 108, 179, 561.
Fränkel, 439.
Franque, 90.
Frarier, 693, 695.
Freund, 391, 463.
Friedlande, 548.
Fritsch, 220.

Galien, 728.
Gallard, 56, 349, 356, 382, 397, 586, 687, 699.
Gaillard Thomas, 413, 466, 525, 622.
Gallez, 614.
Gasser, 182.
Gavarret, 550.
Gautier, 576, 781.
Gayral, 513.
Geyenbauer, 788.
Geoffroy Saint-Hilaire, 792.
Gervais, 750.
Gibert, 114.
Girard, 89.
Goldsmidt, 464.
Gontcharoff, 494.
Goodmann, 545.
Gosselin, 121, 156, 222, 274, 280, 428, 814.
Goupil, 281, 480, 483, 497, 499, 657, 663, 700, 710, 712.
Graaf, 542, 544.
Graaf (De), 729.
Graily Hewitt, 472.
Gray, 595, 614.
Greuzer, 488.
Grisolle, 656.
Gubler, 778.
Guéniot, 295, 401, 406, 498, 514, 755.
Gueneau de Mussy, 56, 366, 582, 657, 664, 682, 800.
Guérin (A), 94, 131, 156, 315, 317, 521, 586, 682.

Gussérow, 391, 438, 444, 452, 457, 464, 470, 720.
Guichard, 549.
Guillomaut, 424.
Guntz, 82.
Guyon, 231, 401, 404, 407.

Hallopeau, 113.
Harvey, 728.
Haussmann, 573.
Hecker, 758.
Heer, 415.
Hegar, 470, 579.
Heilh, 700.
Hélie, 235.
Hempel, 778.
Henle, 639.
Hennig, 764.
Hensen, 733.
Hergott, 134, 275.
Hermann, 640, 76, 777.
Hildebrandt, 36, 71, 74, 218.
Hippocrate, 728, 796.
His 533, 543.
Hofmeister, 779.
Hoggan, 570.
Holden, 86.
Horder, 168.
Howitz, 328.
Huchard, 570.
Hunter, 726.
Huss, 788.
Hyde, 86.

Jackson, 546.
Jetter, 612.

Kaltenbach, 168.
Kaschewarowa, 174.
Kilpatrich, 558.
Kiwisch, 77.
Klob, 80, 179, 181, 265, 392, 433, 480, 646, 662, 725.
Kocks, 463.
Kœberlé, 613, 622.
Kolliker, 543, 643. 726, 787.
Krans, 82.
Krieger, 555.
Kruel, 584.
Kundradt, 548.
Kussmaul, 250.
Kustner, 177, 178.

Labadie-Lagrave, 570.
Labarraque, 794.
Labbé, 463, 771.
Laborde, 699.
Laboulbène, 737.
Lacassagne, 793.
Lagneau, 553.
Landau, 211.
Langenbect, 251.
Langhaus, 771.
Larcher, 424.
Lebedinski, 539.
Lebert, 473, 626.
Leblond, 413, 622.
Lee, 397.
Leeuwenhock, 730.
Lefort, 144, 153, 250, 254, 256, 258, 259, 515.
Legendre, 511, 793.
Léopold. 236, 369, 411, 414, 417, 548, 570, 585, 586, 629, 749, 750.
Lereboulet, 796.
Lesavre, 725, 724.
Liebmaw, 348.
Lister, 617.
Litzmann, 612.
Lizé, 590.
Lober, 706.
Lœwenhardt, 745.
Lober, 706.
Longuet, 134.
Lorain, 480, 651.
Loth, 733.
Loumaigne, 581.
Lowald, 783.
Lucas Championnière, 234, 658, 681.
Luneau, 699.
Luschka, 58.

Malassez, 415, 446, 471, 592, 595, 599, 652, 720.
Maisonneuve, 583, 463.
Marchand, 560.
Marconnet, 155.
Marotte, 714.
Martin (Aimé), 366, 383, 427.
Martin, 656.
Martineau, 366.
Mayer, 77.
Mayerhofer, 546, 734, 749, 751.
Meisner, 756, 814.
Milliot, 423.
Milne Edwards, 730, 780.

Minkiewitsh, 155.
Moldenhauer, 262.
Monod, 177.
Montfumat, 446.
Moquin-Tandon, 182.
Morgagny, 570.

Näcke, 172.
Négrier, 544.
Nélaton, 805.
Nepveu, 611.
Newport, 734.
Noeggerath, 674.
Nonat, 656, 715.

Olshausen, 559, 596, 603, 608, 612, 631, 632, 656, 657, 707.
Onimus, 563.
Ott, 709.

Pacquelin, 373.
Pajot, 757.
Panas, 597, 615.
Parent du Châtelet, 738.
Parrot, 567.
Pasteur, 682.
Pean, 419.
Peter, 673.
Peters, 82.
Pétréquin, 19.
Pflüger, 600.
Pichot, 464.
Picot, 457.
Pigné, 625.
Pinard, 772, 792.
Pomme, 569.
Poncet, 655, 698, 699, 708, 711, 713, 718.
Pott (Perc.), 581.
Pouchet, 731.
Pouchet, (G.), 640, 742.
Pozzi, 7, 298, 400, 413, 419, 545.
Preuschen, 165, 169, 170.
Priestley, 567.
Puech, 145, 280, 283, 510, 558, 578, 748, 764, 790, 794.
Purkinje, 729.

Rabuteau, 549.
Raciborski, 552, 553, 560, 561.
Ranvier, 74, 86, 237, 238, 444, 446, 467, 473, 641, 655, 661, 780.
Rein, 415.
Reliquet, 129.
Remy, 651.
Renaut, 656.
Révillout, 218, 223.
Richard, 644.
Richet, 654.
Robin, 539, 548.
Rœhrig, 775.
Rokitanski, 645.
Ross, 258.
Rossi, 744.
Roubaud, 579, 727.
Rouget, 641, 655.
Rousseau, 83, 584.
Runge, 248, 442.

Sangalli, 630.
Sappey, 681, 765, 770, 771.
Scanzoni, 40, 77, 78, 189, 317, 423, 425, 487, 517, 518, 546, 604, 751, 774.
Schatz, 721, 724.
Schenck, 734.
Schlesinger, 249.
Schrœder, 31, 80, 89, 288, 298, 352, 398, 401, 465, 466, 483, 504, 558, 561, 575, 579, 605, 615, 652, 694, 712, 714, 732, 740, 749, 752.
Schültze, 482, 484, 502.
Schwartz (Ch.), 585.
Schwarz, 776.
Sée, 560, 800.
Seuvre, 642.
Simon, 7.
Simpson, 268, 413, 425, 652.
Sims, 207, 217, 415, 491, 504, 522, 523, 524, 554, 569, 746.
Siredey, 72, 262, 264, 547, 565, 559, 570, 578, 682, 790.
Slawianski, 328, 359, 543, 588.
South, 558.
Spallanzani, 744.
Spiegelberg, 174, 310, 415, 417, 465, 500, 721, 725, 748, 752, 755.
Stefeld, 743.
Stenon, 729.
Sthal (Karl), 618.
Stricker, 776.

Tanner, 41.
Tarchanoff, 521, 713.
Tarnier, 563.
Terrier, 124, 545, 618.

Tillaux, 291.
Tillot, 366.
Tilt, 611.
Tourneux, 640, 742.
Trélat, 221.
Tripier, 655, 718, 774.
Troque. 570.

Urdy, 419.

Veit, 442.
Velpeau, 425.
Verder, 223.
Verneuil, 123, 124, 720.
Verriet-Litardière, 774.
Virchow, 176, 388, 397, 420, 700, 719, 725, 752.
Vogt, 788.

Wagner, 729.
Waldeyer, 543, 630, 640, 641, 644.
Weigert, 179.
Wels, 612, 628, 637.
West, 602.
Warton Jones, 731.
Wilischanin, 470.
Williams (John), 546, 548.
Winckel, 116, 125, 166, 167, 172, 197.
Winckler, 768, 775, 787.
Wright, 220.
Wlyder, 244, 359.

Zielonko, 662.
Ziembicki, 628.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS CITÉS.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

Abaissement et prolapsus de l'utérus. 498
Abcès de la glande vulvo-vaginale. 50
— du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale. . 49
— de la mamelle. 809
Absence de l'urèthre et ouvertures anormales de la vessie. . 36
— de l'utérus ou utérus rudimentaires , ... 251
— et état rudimentaire de la mamelle 789
Agalactie 799
Aménorrhée. 550
Anatomie de la mamelle 763
— de la trompe. 638
— de l'ovaire. 529
— de l'utérus. 227
— des ligaments larges. . . 654
— du vagin 135
— de la vulve.. 25
Anomalies de la mamelle. . . . 789
— de la sécrétion mammaire. 795
— des organes génitaux externes. 33
— de l'utérus développées entre le quatrième ou le cinquième mois de la naissance. 262
— de l'utérus développées pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie fœtale 251
— et vices de conformation des trompes. 643
— du vagin 143
— de l'utérus produites pendant la vie intra-utérine. 351
— de structure de la mamelle. 789
Antéversion, voyez Déviations de l'utérus. 475
Arrêts de développement qui atteignent l'utérus après la naissance. 263
Atrésie complète de la vulve et de l'anus. 33

Cancer de la vulve. 85
— de l'ovaire. 632
— de l'urèthre. 126
— de l'utérus 440
— du col de l'utérus. . . . 440
— du corps de l'utérus. . . 464
— du vagin 177
Cathétérisme de l'urèthre. . . . 28
— de la cavité utérine. . . 16
Chancre du col de l'utérus . . . 383
— infectant de la vulve. . . 94
— simple de la vulve. . . . 91
Clitoris (Du). 30
Coccygodynie (De la). 58
Corps étrangers introduits dans le vagin 180
— fibreux et polypes du vagin. 174
— fibreux ou fibromyomes de l'utérus. 387

Cystocèle vaginale. 186

Déplacements de l'utérus. . . . 475
Développement de la mamelle. . 787
— de la trompe 642
— de l'ovaire 539
— de l'utérus 250
— des kystes de l'ovaire et mode de prolifération . 597
— des organes génitaux externes 31
— du vagin. 141
— rudimentaire de la vulve. 37
Déviations de l'utérus. 475
Dilatation du col de l'utérus . . 19
Dysménorrhée. 504
— membraneuse. 509

Eczéma aigu de la vulve. . . . 61
— chronique de la vulve . . 62
— de la vulve. 61
Éléphantiasis de la vulve. . . . 72
Élévation de l'utérus. 497
Enchondrome de l'ovaire. . . . 636
Entérocèle vaginale 191
Érysipèle de la vulve. 59
Esthiomène, voyez Lupus. . . . 64
Examen au speculum et de la position à donner à la malade pour cet examen. . 8
— de la vulve. 1

Fécondation (Mecanisme de la) . 728
— artificielle. 745
Fibromes et fibromyomes de l'urèthre 125
— du vagin, voyez Corps fibreux. 174
— de l'ovaire 628
— des trompes. 652
Fibromyomes de l'utérus, voyez Corps fibreux. . . . 587
Fistules du vagin. 192
— non puerpérales . . . 202
— puerpérales. 201
— recto-vaginales. 212
— vésico-vaginales. 193
Fleurs blanches, voyez Vaginite chronique. 158

Galactorrhée. 799
Glandes du col et du corps de l'utérus. 241
— mammaire 767
— de l'aréole. 771
— vulvo-vaginales 31
Grandes lèvres. 25
Grossesse compliquant les kystes. 612
— extra-utérine 746

Hématocèle circum-utérine. . . 697
— extrapéritonéale (pseudo-hématocèle de Huguier). 716
— intrapéritonéale 698
Hématome ou thrombus de la vulve. 87
Hématomètre, voyez Rétention du flux menstruel. 272
— unilatérale 283
Hémorrhagies de l'ovaire. . . . 584
Hermaphrodisme 37
Hernie de la grande lèvre. . . 42
— du vagin. 186
— de la région vulvaire . . 42
— et déplacements de l'ovaire. 581
— périnéale. 45
Herpès de la vulve. 65
Histologie de la mamelle. . . . 767
— de l'ovaire. 551
— de la trompe. 659
— de l'utérus 235
— du vagin. 159
— des ligaments larges. . . 655
Hymen. 27
Hypertrophie congénitale de l'utérus. 265
Hypersécrétion de la glande vulvo-vaginale 53
Hypertrophie de la mamelle. . . 795
— de la muqueuse urèthrale. 125
— de l'utérus 289
— du segment moyen du col de l'utérus 308
— du segment sus-vaginal du col de l'utérus. 300
— du segment vaginal du col de l'utérus 293
— générale de l'utérus. . . 290
— partielles de l'utérus. . . 291
— vulvaires. 40

Inflammations circum-utérines. 656
— de la mamelle en général. 803
— de la mamelle (mastite, mammite, abcès du sein). 809
— et lésions du mamelon. . 804

Introduction. 1
Inversion de l'utérus. 516

Kystes de la glande vulvo-vaginale 50
— de la vulve. 80
— de l'ovaire 592
— de l'utérus. 472
— dermoïdes de l'ovaire. . . 622
— des ligaments larges. . . 719
— du vagin 164
— par rétention du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale 48
— profonds du vagin. . . 166
— superficiels du vagin. . . 165

Lésions syphylitiques du vagin . 179
Leucorrhée, voyez Vaginite chronique. 158
Lipomes des trompes. . . . 652
— de la vulve. 85
Lupus ou esthiomène de la vulve. 64

Mamelles surnuméraires (polymastie). 791
Méat urinaire. 28
Ménorrhagie 563
Menstruations précoces et tardives. 557
Métrite (De la). 312
— aiguë. 315
— en général 312
— chronique. 326
— chronique parenchymateuse. 351
— interne ou muqueuse chronique. 327

Ovarite (De l'). 586

Palper abdominal (Du) 7
Papillomes, voyez Végétations . 173
— de l'ovaire 636
Parasites de l'utérus. 472
— du vagin 181
Pathologie de la menstruation. . 557
Pelvipéritonite (périmétrite) . . 659
Phlegmon du ligament large (paramétrite) 680
Physiologie de la mamelle. . . 772
— de la trompe. 641
— de l'ovaire et de la menstruation 543
— de l'utérus 244
— du vagin 141
Persistance du cloaque. 34
— du sinus uro-génital. . . 35
Pessaires. 490
Petites lèvres. 26
Polymastie, voyez Mamelles surnuméraires 791
Polypes de l'utérus. 419
— fibreux de l'utérus. . . . 419
— fibrineux de l'utérus. . . 439
— muqueux de l'utérus. . . 429
— muqueux de l'urèthre . . 125
— papillaires de l'utérus. . 436
— papillaires de l'urèthre. . 124
Prolapsus de la muqueuse uréthrale 124
— de l'utérus, voyez Abaissement. 498
— du vagin 182
Prurit vulvaire 53

Rectocèle vaginale. 189
Rétention du flux menstruel (hématomètre, hydromètre) 272
Rétrécissement du canal cervical. 268
— ou oblitération des trompes. 646
Rétroflexion, voyez Déviations. . 475
— de l'utérus gravide. . . . 485

Salpingite. 648
Sarcome de l'ovaire. 634
— de l'urèthre 126
— de l'utérus 466
— du vagin 174
Spasmes non douloureux du vagin 225
Spéculum (Du) 9
Stérilité (De la). 727
Syphilis, voyez Chancre. . . . 383
Syphilides de la vulve 106

Toucher rectal. 5
— vaginal. 2
Tubercules de l'ovaire. 637
— des trompes. 653
— de l'utérus 472
— du vagin. 179
Tumeurs de la vulve. 80
— de l'urèthre. 123
— de l'utérus 386

— de l'ovaire 592
— des ligaments larges. . . 719
— des trompes. 652
— du vagin 164
— fibreuses de la vulve. . . 84
— fibro-cystique de l'utérus. 415
— solides des ligaments larges 725
— vasculaire de l'urèthre. . 125

Ulcérations bénignes du col de l'utérus. 580
— de nature contagieuse du col de l'utérus. 583
— du col de l'utérus 578
— dépendant de la métrite . 580
— du col de l'utérus dépendant d'éruptions diverses 582
Urétrite 116
Utérus bicornis 255
— didelphis. 256
— doubles. 255
— fœtal 263
— infantile. 265
— pubescent. 265
— septus 256
— unicornes. 260

Vaginisme. 214
Vaginite (De la) 154
— aiguë. 154
— chronique (fleurs blanches, leucorrhée vaginale). . 158
Varices de la vulve. 86
Variétés plus rares de fistules vaginales. 209
Végétations du vagin. 175
— de la vulve 80
Vices de conformation, voyez Anomalies 643
— de conformation de l'ovaire. 578
— de conformation de l'utérus. 250
Vulve (De la) 44
Vulvo-vaginales (Affections des glandes) 48

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

MOYENS D'EXPLORATION

Introduction 1

De l'examen de la vulve 1
Du toucher 2
Toucher vaginal 2
Toucher rectal 5
Du palper abdominal 7
De l'examen au speculum et de la position à donner à la malade pour cet examen 8
Du speculum 9
Du cathétérisme de la cavité utérine 16
De la dilatation du col de l'utérus 19

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA VULVE ET DU VAGIN

Anatomie normale de la vulve . 25
Des grandes lèvres 25
Des petites lèvres 26
De l'hymen 27
Du méat urinaire 28
Du clitoris 30
Des glandes vulvo-vaginales. 31
Développement des organes génitaux externes 31
Anomalies des organes génitaux externes 33
Atrésie complète de la vulve et de l'anus 33
Persistance du cloaque . . 34
Persistance du sinus urogénital 35
Absence de l'urèthre et ouvertures anormales de la vessie 36
Traitement 36
Développement rudimentaire de la vulve 37
Hermaphrodisme 37
Hypertrophies vulvaires . . 40
Hernies de la région vulvaire. . 42
Hernie de la grande lèvre. . 42
Symptômes et diagnostic 42
Étiologie 43
Traitement 43
Hernie périnéale 43
De la vulvite 44

Anatomie pathologique. 44
Symptômes 45
Complications 45
Étiologie 46
Traitement 46
Affections des glandes vulvo-vaginales 48
Kystes par rétention du canal excréteur 48
Abcès du canal excréteur. . 49
Kystes de la glande. 50
Abcès de la glande 50
Diagnostic 51
Traitement 52
Hypersécrétion de la glande. 53
Prurit vulvaire. 53
Anatomie pathologique. 54
Symptômes. 54
Étiologie 55
Pronostic. 56
Traitement 56
De la coccygodynie. . . . 58
Anatomie pathologique 58
Symptômes 58
Étiologie 59
Traitement 59
Érysipèle de la vulve 59
Traitement 60
Eczéma de la vulve. 61
Eczéma aigu 61
Diagnostic 61
Pronostic. 62
Étiologie 62
Traitement 62
Eczéma chronique 62
Traitement 63
Herpès de la vulve 63
Symptômes et marche. 63
Traitement 64
Lupus ou esthiomène de la vulve. 64
Anatomie pathologique. 65
Symptômes, marche . . 65
Diagnostic 69
Pronostic. 70
Étiologie 70
Traitement 71
Éléphantiasis de la vulve. . . . 72
Anatomie pathologique. 73
Symptômes, marche . . 75
Pronostic. 78
Traitement 78
Tumeurs de la vulve 80
Kystes de la vulve 80
Végétations de la vulve. 80
Symptômes 81
Étiologie 81
Traitement 82
Tumeurs fibreuses de la vulve. 84
Lipomes de la vulve 85
Cancer de la vulve. 85
Varices de la vulve 86
Anatomie pathologique. 86
Symptômes, pronostic . 86
Étiologie 87
Traitement 87
Hématome ou thrombus de la vulve. 87
Anatomie pathologique. 87
Symptômes 88
Diagnostic. 88
Pronostic. 89
Étiologie 89
Traitement 90
Chancre simple de la vulve. 91
Anatomie pathologique. 91
Symptômes, marche . . 91
Diagnostic 92
Pronostic. 93
Traitement 93
Chancre infectant de la vulve. 94
Anatomie pathologique. 94
Symptômes 95
Complications. 97
Marche. 97
Diagnostic. 98
Pronostic. 104
Traitement 105
Syphilides de la vulve . . . 106
Anatomie pathologique. 107
Symptômes 109
Diagnostic. 110
Pronostic. 111
Étiologie 111
Traitement 112
De l'urèthrite. 116
Anatomie pathologique. 116
Symptômes 116
Complications. 117
Diagnostic 118
Pronostic 119
Étiologie 120
Traitement 121
Tumeurs de l'urèthre 123
Hypertrophie de la muqueuse urèthrale. 123

Prolapsus de la muqueuse uréthrale 124
Polypes papillaires de l'urèthre 124
Polypes muqueux de l'urèthre 125
Fibromes et fibromyomes de l'urèthre 125
Tumeurs vasculaires de l'urèthre 125
Sarcomes de l'urèthre . . 126
Cancer de l'urèthre 126
Pronostic des tumeurs de l'urèthre 130
Étiologie des tumeurs de l'urèthre 130
Traitement des tumeurs de l'urèthre 132
Anatomie normale du vagin . . . 135
Histologie 139
Physiologie du vagin 141
Développement du vagin 141
Anomalies du vagin 143
Symptômes 146
Diagnostic 148
Pronostic 150
Étiologie 151
Traitement 151
De la vaginite 154
Vaginite aiguë 154
Anatomie pathologique . 154
Pronostic 157
Étiologie 157
Traitement 158
Vaginite chronique (fleurs blanches, leucorrhée vaginale) 158
Symptômes 159
Diagnostic 160
Pronostic 161
Etiologie 161
Traitement 162
Tumeurs du vagin 164
Kystes du vagin 164
Anatomie pathologique . 164
Kystes superficiels 165
Kystes profonds 166
Symptômes 169
Diagnostic 170
Pronostic 171
Étiologie 171
Traitement 172
Végétations du vagin 173
Sarcome du vagin 174
Corps fibreux et polypes du vagin 174
Symptômes 175
Diagnostic 175
Pronostic 176
Étiologie 176
Traitement 176
Cancer du vagin 177
Anatomie pathologique . 177
Symptômes 177
Diagnostic 178
Pronostic 178
Étiologie 178
Traitement 179
Tubercules du vagin 179
Lésions syphilitiques du vagin 179
Corps étrangers introduits dans le vagin 180
Parasites du vagin 181
Traitement 182
Prolapsus du vagin 182
Anatomie pathologique . 182
Symptômes 183
Diagnostic 184
Pronostic 184
Étiologie 184
Traitement 186
Des hernies du vagin 186
Cystocèle vaginale 186
Anatomie pathologique . 186
Symptômes 188
Diagnostic 188
Pronostic 188
Étiologie 189
Traitement 189
Rectocèle vaginale 189
Anatomie pathologique . 189
Symptômes 190
Diagnostic 190
Traitement 191
Entérocèle vaginale 191
Anatomie pathologique . 191
Symptômes 191
Diagnostic 191
Traitement 192
Fistules du vagin 192
Fistules vésico-vaginales . . . 193
Anatomie pathologique . 193
Symptômes 196
Diagnostic 198
Pronostic 199

Étiologie 201
Fistules puerpérales . . 201
Fistules non puerpérales. 202
Traitement 203
Variétés plus rares de fistules vaginales 209
Anatomie pathologique. 209
Diagnostic. 210
Traitement 211
Fistules recto-vaginales. . . 212
Anatomie pathologique 212
Symptômes 212
Diagnostic 213
Pronostic. 213
Étiologie 213
Traitement 213
Du vaginisme. 214
Anatomie pathologique. 215
Symptômes 217
Diagnostic 219
Pronostic. 219
Étiologie 220
Traitement 223
Spasmes non douloureux du vagin. 225

TROISIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE L'UTÉRUS

Anatomie de l'utérus. 227
Histologie. 235
Physiologie de l'utérus. 244
Développement de l'utérus . . . 250
Vices de conformation de l'utérus. 250
A. Anomalies produites pendant la vie intra-utérine. 251
1° Anomalies développées pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie fœtale 251
Anatomie pathologique. 251
(a). Absence de l'utérus ou utérus rudimentaires. 251
Symptômes 252
Diagnostic 253
Pronostic. 254
Étiologie 254
Traitement 254
(b.) Utérus doubles. . . 255
Anatomie pathologique. 255
2° Utérus bicornis . . . 255
3° Utérus septus. . . . 256
4° Utérus didelphis. . . 256
Symptômes 258
Diagnostic 259
(c.) Utérus unicornes. . 260
Anatomie pathologique. 260
Symptômes 262
Diagnostic. 262
2° Anomalies développées entre le quatrième ou le cinquième mois et la naissance. 262
(a). Utérus fœtal. . . . 263
Symptômes 264
Diagnostic 264
Pronostic. 264
Traitement 264
(b). Hypertrophie congénitale de l'utérus . . 265
B. Arrêts de développement qui atteignent l'utérus après la naissance 263
(a). Utérus infantile . . 265
(b). Utérus pubescent. . 265
Anatomie pathologique. 266
Symptômes 266
Diagnostic 267
Pronostic. 267
Étiologie 267
Traitement 267
Rétrécissements du canal cervical. 268
Anatomie pathologique. 268
Symptômes 269
Diagnostic 269
Pronostic. 269
Étiologie 270
Traitement 270
De la rétention du flux menstruel (hématomètre, hydromètre). 272

Anatomie pathologique. 273
Symptômes 275
Diagnostic 278
Pronostic. 280
Étiologie 281
Traitement 281
De l'hématomètre unilatéral. 283
Anatomie pathologique. 284
Symptômes 284
Diagnostic. 286
Pronostic. 287
Étiologie 288
Traitement 289
Hypertrophies de l'utérus. . . . 289
Hypertrophie générale de l'utérus. 290
Hypertrophie partielles de l'utérus. 291
1° Hypertrophie du segment vaginal. 293
Anatomie pathologique. 293
Symptômes 294
Diagnostic. 294
Pronostic. 295
Étiologie 295
Traitement 296
2° Hypertrophie du segment sus-vaginal 300
Anatomie pathologique. 301
Symptômes 302
Diagnostic 303
Pronostic 304
Étiologie 304
Traitement 305
3° Hypertrophie du segment moyen 308
Anatomie pathologique. 308
Symptômes 308
Diagnostic 309
Pronostic. 309
Étiologie 309
Traitement 310
De la métrite. 312
De la métrite en général. . 312
De la métrite aiguë 315
Anatomie pathologique. 316
Symptômes 318
Diagnostic 320
Pronostic. 320
Étiologie 320
Traitement 321
De la métrite chronique. . 326
De la métrite interne ou muqueuse chronique 327
Anatomie pathologique. 327
Symptômes 334
Marche. 338
Diagnostic 339
Pronostic. 340
Étiologie. 340
Traitement 341
Traitement général. . . 341
Traitement local. . . . 344
De la métrite chronique parenchymateuse 351
Anatomie pathologique. 352
Histologie. 354
Symptômes 359
Symptômes subjectifs . 359
Symptômes subjectifs . 361
Marche. 362
Complications. 362
Diagnostic. 362
Pronostic. 363
Étiologie 364
Traitement 367
Des ulcérations du col de l'utérus. 378
Premier groupe. — Ulcérations bénignes. 380
Ulcérations dépendant de la métrite. 380
Ulcérations dépendant d'éruptions diverses 382
Deuxième groupe. — Ulcérations de nature contagieuse 383
Traitement 384
Tumeurs de l'utérus 386
Corps fibreux ou fibromyomes de l'utérus 387
Anatomie pathologique. 387
1° Ramollissement. . . 390
(a) Œdème 390
(b)Dégénérescence graisseuse. 390
(c)Dégénérescence myxomateuse. 390
2° Induration 390
3° Calcification 391
4° Suppuration et gangrène 392
5° Transformation cancéreuse. 392
6° Dégénérescence kystique. 392

Symptômes et marche. 397
Diagnostic 402
Pronostic. 406
Étiologie 407
Traitement 408
Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus. 413
Symptômes, marche. . 415
Diagnostic 416
Pronostic 418
Étiologie 418
Traitement 418
Polypes de l'utérus 419
Polypes fibreux 419
Anatomie pathologique. 419
Symptômes 422
Diagnostic. 424
Pronostic. 426
Étiologie 426
Traitement 427
Polypes muqueux. 429
Anatomie pathologique. 429
Symptômes 432
Diagnostic. 433
Pronostic. 434
Étiologie 435
Traitement 435
Polypes papillaires. 436
Symptômes 436
Diagnostic, pronostic. . 437
Traitement 438
Polypes fibrineux 439
Anatomie pathologique. 439
Symptômes 439
Traitement 439
Cancer de l'utérus. 440
Cancer du col. 440
Anatomie pathologique. 440
Symptômes 447
Diagnostic 452
Pronostic 456
Étiologie 457
Traitement 458
Cancer du corps de l'utérus. 464
Anatomie pathologique. 464
Symptômes 465
Diagnostic. 465
Étiologie 466
Traitement 466
Sarcome de l'utérus . . . 466
Anatomie pathologique. 466
Symptômes 468
Diagnostic 469
Pronostic 470
Étiologie 470
Traitement 471
Kystes de l'utérus 472
Tubercules de l'utérus. . . 472
Anatomie pathologique. 472
Symptômes, diagnostic. 473
Traitement 474
Déplacements de l'utérus. . . . 475
Déviations de l'utérus . . . 475
Anatomie pathologique. 476
Symptômes 480
Diagnostic 484
Rétroflexion de l'utérus gravide 485
Pronostic. 486
Étiologie 487
Traitement 488
Élévation de l'utérus. . . . 497
Abaissement et prolapsus de l'utérus. 498
Anatomie pathologique. 499
Symptômes 504
Diagnostic 506
Pronostic. 508
Étiologie 509
Traitement 511
Inversion de l'utérus. . . . 516
Anatomie pathologique. 516
Symptômes 519
Diagnostic 520
Pronostic. 521
Étiologie 522
Traitement 522

QUATRIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES OVAIRES, DES TROMPES ET DES LIGAMENTS LARGES

Anatomie de l'ovaire. 529
Histologie. 531
Développement de l'ovaire. . . . 539
Physiologie de l'ovaire et de la menstruation 543
Pathologie de la menstruation. . 557
Menstruations précoces et tardives. 557
De l'aménorrhée. 559
Étiologie 560
Traitement 562
De la ménorrhagie. 563
De la dysménorrhée 564
Symptômes 567
Traitement 568
De la dysménorrhée membraneuse 569
Anatomie pathologique. 570
Symptômes 572
Diagnostic. 574
Pronostic 574
Étiologie 575
Traitement 376
Vices de conformation de l'ovaire. 578
Hernies et déplacements de l'ovaire. 581
Anatomie pathologique. 581
Symptômes 581
Diagnostic 582
Étiologie 582
Traitement 583
Hémorrhagies de l'ovaire. . . . 584
De l'ovarite. 586
Anatomie pathologique. 587
Symptômes 588
Diagnostic 589
Pronostic. 589
Étiologie 590
Traitement 591
Tumeurs de l'ovaire. 592
Kystes de l'ovaire 592
Anatomie pathologique. 592
Développement et mode de prolifération. . . 597
Symptômes 602
Diagnostic. 604
Pronostic. 610
Grossesse compliquant les kystes. 612
Étiologie 613
Traitement 614
Indications et contre-indications 621
Kystes dermoïdes de l'ovaire. 622
Anatomie pathologique. 622
Développement 625
Symptômes 626
Diagnostic 627
Pronostic. 627
Étiologie 628
Traitement 628
Fibromes de l'ovaire. . . . 628
Anatomie pathologique. 629
Symptômes 631
Diagnostic 631
Pronostic. 631
Étiologie 632
Traitement 632
Cancer de l'ovaire 632
Anatomie pathologique. 632
Symptômes 633
Diagnostic. 633
Pronostic. 633
Étiologie 633
Traitement 634
Sarcome de l'ovaire 634
Anatomie pathologique. 634
Symptômes 635
Diagnostic 635
Pronostic. 636
Étiologie 636
Traitement 636
Papillomes de l'ovaire . . . 636
Tubercules de l'ovaire. . . 637
Anatomie de la trompe. 638
Histologie. 639
Physiologie de la trompe. . . . 641
Développement de la trompe. . . 642
Anomalies et vices de conformation des trompes 643

Rétrécissement ou oblitération des trompes. 646
Anatomie pathologique. 646
Symptômes 647
Diagnostic. 647
Pronostic 647
Étiologie 648
Traitement 648
De la salpingite 648
Anatomie pathologique. 648
Symptômes 650
Diagnostic. 650
Pronostic 650
Traitement 652
Tumeurs des trompes. 652
Anatomie des ligaments larges. 654
Histologie. 655
Des inflammations circum-utérines. 656
De la pelvipéritonite (périmétrite). 659
Anatomie pathologique. 659
Symptômes 663
Diagnostic 669
Pronostic. 671
Étiologie 673
Traitement 676
Phlegmon du ligament large (paramétrite) 680
Anatomie pathologiqée. 683
Symptômes 686
Diagnostic. 691
Pronostic. 693
Étiologie 693
Traitement 695
De l'hématocèle circum-utérine. 697
Hématocèle intrapéritonéale. 698
Pathogénie 698
Anatomie pathologique. 702
Symptômes 705
Diagnostic 710
Pronostic. 713
Étiologie 713
Traitement 714
Hématocèle extrapéritonéale (pseudohématocèle de Huguier) 716
Anatomie pathologique. 716
Symptômes et diagnostic 717
Pronostic. 717
Étiologie 718
Traitement. 718
Tumeurs des ligaments larges . 719
Kystes des ligaments larges. 719
Anatomie pathologique. 719
Symptômes 721
Diagnostic 722
Pronostic. 724
Étiologie 724
Traitement 724
Tumeurs solides des ligaments larges 725
De la stérilité. 727
Des grossesses extra-utérines. . 746
Anatomie pathologique. 746
Symptômes 752
Diagnostic 755
Pronostic. 757
Étiologie 758
Traitement 759

CINQUIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA MAMELLE

Anatomie de la mamelle. . . . 763
Histologie. 767
Physiologie de la mamelle . . . 772
Développement de la mamelle. . 787
Anomalies de la mamelle. . . . 789
Anomalies de structure. 789
Absence et état rudimentaire de la mamelle. 789
Mamelles surnuméraires (polymastie) 791
Hypertrophie de la mamelle. 795
Anomalies de la sécrétion mammaire. 795
De l'agalactie 797
Traitement 799
De la galactorrhée. 799

Traitement 802
Inflammations de la mamelle. . 803
Inflammation et lésions du mamelon 804
Anatomie patnologique. 804
Symptômes 804
Diagnostic. 805
Pronostic. 805
Étiologie 806
Traitement 807
Inflammations de la mamelle (mastite, mammite, abcès du sein). 809
Anatomie pathologique. 809
Symptômes, marche. . 810
Diagnostic 812
Pronostic. 812
Étiologie 813
Traitement. 814
Table alphabétique des auteurs cités. 819
Table alphabétique des matières. 825

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

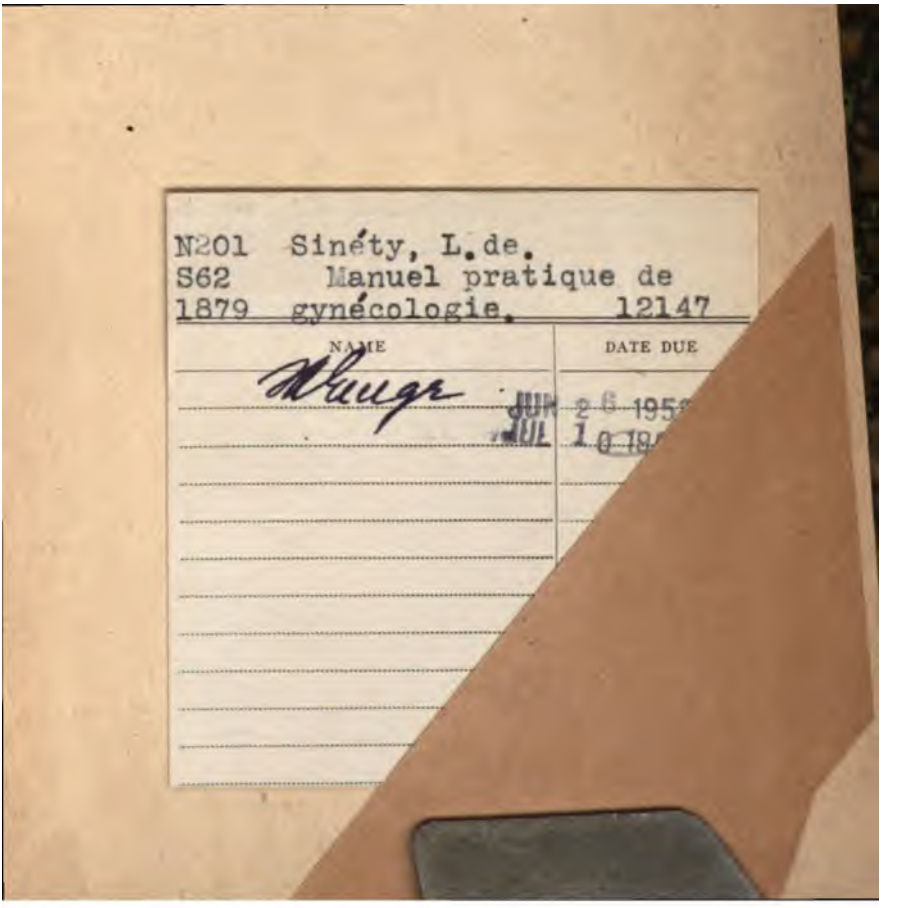
22 265. — PARIS, TYPOGRAPHIE A. LAHURE
Rue de Fleurus, 9

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

JUN 26 1953

JUL 23 1975


N201 Sinéty, L. de.
S62 Manuel pratique de
1879 gynécologie. 12147

NAME

DATE DUE

Kluge

JUN 26 195
JUL 10 19